

Um olhar sobre as LER/DORT no contexto clínico do fisioterapeuta

A look into Repetitive Strain Injury/Work-Related Musculoskeletal Disorders within physical therapists' clinical context

Augusto VG, Sampaio RF, Tirado MGA, Mancini MC, Parreira VF

Resumo

Objetivo: Conhecer as representações do fisioterapeuta a respeito das Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT) e analisar como essas representações interferem na prática clínica desses profissionais.

Métodos: O estudo foi realizado numa abordagem qualitativa, e os recursos metodológicos foram entrevista semi-estruturada e observação não-participante. A teoria das representações sociais e a epistemologia comparativa serviram como referenciais teóricos. Participaram do estudo 14 fisioterapeutas da cidade de Divinópolis, Minas Gerais. **Resultados:** a representação dos fisioterapeutas sobre LER/DORT e o doente foi elaborada coletivamente, com base na realidade cotidiana, e configurou-se entre os entrevistados um estilo de pensamento reducionista, com uma concepção mecanicista do organismo humano. **Conclusões:** não basta concentrar esforços na tentativa de restaurar o funcionamento normal do corpo se as demandas do paciente são desconsideradas. O conhecimento técnico-científico do fisioterapeuta deve ser conciliado com a expressão subjetiva do paciente na busca de estratégias de intervenção mais eficazes.

Palavras-chave: LER/DORT; representação social; epistemologia comparativa; fisioterapia; raciocínio clínico.

Abstract

Objective: To understand physical therapists' representations regarding Repetitive Strain Injury/Work-Related Musculoskeletal Disorders (RSI/WRMSD) and to analyze how these representations interfere with the clinical practice of these professionals. **Methods:** The study took a qualitative approach, and the methodological tools were semi-structured interviews and non-participatory observation. The theory of social representations and comparative epistemology served as the theoretical foundations for the study. Fourteen physical therapists from the city of Divinópolis, Minas Gerais, took part in this study. **Results:** The physical therapists' representations about RSI/WRMSD and patients were collectively elaborated on the basis of the therapists daily practice. A reductionistic thinking style with a mechanistic conceptualization of the human organism was perceived among the interviewees. **Conclusions:** It is insufficient to direct efforts towards restoring the normal functioning of the body if the patient's needs are ignored. Physical therapists' scientific and technical knowledge should be reconciled with patients' subjective expression, in order to seek more effective intervention strategies.

Key words: RSI/WRMSD; social representation; comparative epistemology; physical therapy; clinical reasoning.

Recebido: 28/02/2007 – Revisado: 11/07/2007 – Aceito: 26/11/2007

Introdução ::::

No Brasil, a síndrome de origem ocupacional, composta de afecções que atingem os membros superiores, região escapular e pescoço, foi reconhecida pelo Ministério da Previdência Social como Lesões por Esforços Repetitivos (LER), por meio da Norma Técnica de Avaliação de Incapacidade (1991)¹. Em 1997, com a revisão dessa norma, foi introduzida a expressão Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT).

A instrução normativa do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS)² usa a expressão LER/DORT para estabelecer o conceito da síndrome e declara que elas não são fruto exclusivo de movimentos repetitivos, mas podem ocorrer pela permanência de segmentos do corpo em determinadas posições, por tempo prolongado. A necessidade de concentração e atenção do trabalhador para realizar suas atividades e a pressão imposta pela organização do trabalho são fatores que interferem significativamente para a ocorrência da síndrome². Na década de 1990, houve um crescimento acelerado dos casos no Brasil; o que antes parecia uma síndrome isolada, causada pela susceptibilidade do trabalhador exposto a riscos, transformou-se numa epidemia. Esse crescimento pode ser atribuído ao processo de reestruturação produtiva, que trouxe a precarização do trabalho, e ao reconhecimento social da LER, que se deu pela criação da Norma Técnica em 1991³. É importante destacar que as LER/DORT têm origem multifatorial e que a imprecisão diagnóstica dificulta o processo de associação entre o adoecimento e o histórico profissional do trabalhador que apresenta os sintomas⁴. Para aumentar a complexidade dos casos, as crenças e o próprio comportamento do doente exercem influências marcantes sobre a dor, a incapacidade e o resultado do tratamento.

Diante desse quadro, alguns profissionais chegam a levantar a hipótese de ganho secundário ou comportamento exagerado do paciente diante da doença⁵. Entretanto, a possibilidade de ganho secundário é descartada por vários autores, uma vez que indivíduos que possuem diagnóstico de LER/DORT enfrentam inúmeros preconceitos e dificuldades para reinserção profissional e social^{6,7}.

No Brasil, existem alguns centros de atendimento integral ao trabalhador adoecido que adotam uma abordagem interdisciplinar e atuam sobre a esfera corporal, psicossocial e afetiva⁷. No entanto, muitos trabalhadores não têm acesso a esses centros e são tratados pelo sistema de saúde conveniado, sem essa abordagem interdisciplinar. Assim, o trabalhador que apresenta sintomas de formigamento, dor e limitação da capacidade laboral, freqüentemente procura um médico que, após diagnóstico e tratamento, o encaminha para a fisioterapia. O fisioterapeuta, ao atender o paciente com LER/DORT, vive um paradoxo entre a subjetividade inerente à síndrome e a objetividade do

tratamento. Considerando que as representações dos fisioterapeutas a respeito da doença e do doente podem influenciar nas formas de encaminhar a assistência fisioterapêutica, faz-se necessário conhecer e investigar uma possível associação dessas representações com a prática clínica.

Esta questão de pesquisa surgiu de observações realizadas no cotidiano de trabalho, em que profissionais da saúde e, mais especificamente, fisioterapeutas rotineiramente fazem afirmações do tipo: “pacientes com LER/DORT não apresentam prognóstico favorável e sempre retornam para tratamento”. A origem e a fundamentação desse tipo de raciocínio clínico ainda não estão claras e pode-se questionar se isso não seria resultado de uma cultura criada e reforçada pelos profissionais em virtude de suas representações sobre os pacientes com LER/DORT e da interação com os colegas.

Na busca de um referencial teórico que ajudasse a compreender as questões expostas acima, optou-se pela teoria das representações sociais⁸ e pela epistemologia comparativa⁹. As representações sociais são modalidades de conhecimento particular que têm por função a elaboração de comportamentos e a comunicação de indivíduos. Tal conhecimento provém de um conteúdo simbólico e prático, faz parte da vida cotidiana das pessoas e funciona no sentido de interpretar, pensar e agir sobre a realidade⁸.

Na epistemologia comparativa de Ludwik Fleck, destacam-se dois conceitos: o coletivo de pensamento e o estilo de pensamento. O primeiro é definido como “uma comunidade de pessoas intercambiando idéias ou mantendo interação intelectual”; e o segundo, como “uma construção definida do pensamento, ou disponibilidades intelectuais para uma forma particular de ver e agir ao invés de qualquer outra”^{9,10}. A escolha dessas teorias fundamenta-se no fato de que os depoimentos se apresentaram carregados de expressões relativas ao senso comum, às crenças e ao comportamento dos fisioterapeutas, inter-relacionados com o contexto social.

Procedimentos metodológicos ::::

O presente estudo foi desenvolvido numa abordagem qualitativa, buscando conhecer aspectos particulares e trabalhar com o universo dos significados, dos valores e das atitudes, que compreendem o espaço mais profundo das relações e fenômenos¹¹. Um dos recursos utilizados foi a entrevista semi-estruturada. Foram selecionados, por conveniência, fisioterapeutas que atendem pacientes com LER/DORT no município de Divinópolis, Minas Gerais. Para a localização desses profissionais, foi realizada uma busca por clínicas de fisioterapia na lista telefônica. No primeiro contato, foram explicitados os objetivos da pesquisa, e os profissionais foram questionados sobre a área de atuação e o ano de

conclusão da graduação. Foram encontrados 28 fisioterapeutas que atuam na área de fisioterapia aplicada à ortopedia, com um tempo de graduação que varia de um a 32 anos. Durante a seleção dos participantes, adotou-se o critério de evitar a escolha de dois profissionais com o mesmo tempo de atuação, com o objetivo de obter depoimentos de profissionais com experiências práticas diferenciadas. Após um segundo contato, as entrevistas foram marcadas e realizadas no local de trabalho dos fisioterapeutas participantes, em dia e horário escolhidos por eles. Foram feitas 14 entrevistas, e o critério utilizado para interrupção foi o momento em que o surgimento de novos dados se tornou cada vez mais raro, conformando a saturação¹¹.

As entrevistas foram gravadas, e a duração variou de 20 minutos a uma hora. Ao término da pesquisa, foram obtidos 406 minutos de gravação, que geraram 118 páginas transcritas. Após a transcrição, os depoimentos foram encaminhados aos participantes para leitura e confirmação das informações. Padronizou-se a abertura das entrevistas: inicialmente, os fisioterapeutas foram informados sobre o objetivo da pesquisa e, em seguida, leram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), sob o parecer n.º ETIC 0012/06. Posteriormente, conduziu-se a entrevista com base em temas definidos previamente, como a causa das LER/DORT, os fatores que interferem no tratamento, o foco da avaliação e os critérios empregados para a alta.

Um segundo recurso utilizado para a coleta de dados foi a observação não-participante, por meio de sorteio. A observação foi realizada durante o tratamento do paciente com LER/DORT, sendo sistematizada com base nos dados das entrevistas. Os tópicos a serem observados incluíram a interação do fisioterapeuta com o paciente, os procedimentos realizados na sessão e as orientações feitas ao paciente no final da sessão. No total, foram feitas quatro observações. Os pacientes receberam informações sobre a pesquisa e, após concordarem em participar do processo de observação, também assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Os dados da observação foram registrados no roteiro e analisados posteriormente, de forma a complementar as entrevistas. A análise das entrevistas foi feita com base em unidades temáticas ou temas, que podem ser entendidos como unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado. Foram seguidos os critérios sugeridos por Bardin¹², em três etapas, para a organização da análise:

- a) a pré-análise: nesta fase, o material bruto foi submetido à organização em unidades temáticas, retomando os objetivos iniciais da pesquisa;
- b) a exploração do material: o material selecionado na primeira leitura foi reorganizado em unidades temáticas orientadas pelas categorias;

- c) tratamento dos resultados obtidos e interpretação: nesta etapa, buscou-se ultrapassar o nível de descrição das falas e de observações para chegar à interpretação das informações.

A interpretação é uma seqüência da análise e sua meta é a busca de sentidos das falas e das ações para alcançar uma compreensão além dos limites do que é descrito¹². A teoria das representações sociais e a epistemologia comparativa serviram como suporte durante o processo de interpretação.

Resultados e discussão ::::

Os resultados são apresentados em dois blocos: primeiro, uma breve descrição dos participantes e, em seguida, os depoimentos, que foram divididos em unidades temáticas ou temas.

Com base em Patton¹³, considerou-se que nenhum método simples resolve adequadamente o problema de pesquisa e que cada método revela diferentes aspectos da realidade empírica. Assim, buscou-se triangular as unidades temáticas resultantes das análises das entrevistas, com a literatura existente e os dados das observações.

Os participantes

Foram entrevistados 11 mulheres e três homens; os nomes foram substituídos por pseudônimos para preservar a identidade. Nenhum dos participantes graduou-se na década de 1980, e a maioria dos entrevistados possuía título de especialista. Todos os fisioterapeutas trabalhavam com outros, em um mesmo local, o que pode ser um fator interessante ao considerar-se o que foi relatado por Richardson¹⁴. Segundo a autora, as ações dos fisioterapeutas são fortemente influenciadas pelo ambiente de trabalho e pela percepção dos colegas mais velhos. Existe uma cultura no local de trabalho que se desenvolve em um contínuo processo de influência e interação profissional¹⁴. Vários entrevistados deram exemplos de situações em que idéias e estratégias de tratamento são compartilhadas, como podemos observar nesse depoimento: “a influência dos colegas de profissão sabe [...] lá na universidade a gente tem outros colegas. Então, lá a gente acaba trocando idéias [...] a gente troca bastante informação” (Dionísia).

Temas recorrentes nas entrevistas e observações

O processo de análise das entrevistas e das observações gerou três grandes temas que foram denominados de “movimentos”. No primeiro movimento, discute-se como o fisioterapeuta lida com a avaliação, o tratamento e a alta do paciente com

LER/DORT. O segundo movimento aborda o estigma da LER/DORT na perspectiva dos fisioterapeutas, destacando-se as representações, as crenças e as atitudes em relação à doença e ao doente. O terceiro movimento diz respeito ao conflito existente entre o saber do fisioterapeuta e como eles se sentem durante o tratamento desses pacientes.

Primeiro movimento: avaliação, tratamento e alta

Nas disposições preliminares da resolução n.º 8 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Coffito), instituída em 20 de fevereiro de 1978, a avaliação, a reavaliação e a determinação das condições de alta do cliente submetido à fisioterapia e/ou terapia ocupacional constituem atos privativos do fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional, respectivamente¹⁵. Entretanto, no que diz respeito ao atendimento do paciente com LER/DORT, são evidentes as dificuldades que o fisioterapeuta encontra para executar essas atividades. A avaliação e a alta são frequentemente pautadas no modelo biomédico e centradas na estrutura e função do corpo, o que fica evidente neste depoimento: “eu vejo mais se ele está com limitação, se tem alguma fraqueza muscular, se a dor está irradiando, se tem alguma alteração de sensibilidade” (Dionísia).

Para Bonet¹⁶, o conjunto de representações e práticas da cultura ocidental moderna, nos processos de saúde-doença, priorizou a ordem biológica e possibilitou o que hoje se conhece como “modelo biomédico”. Tal modelo não deixa espaço para as dimensões sociais, psicológicas e comportamentais que teriam influência na doença. Tem, portanto, suas bases num reducionismo biológico, no qual as doenças são caracterizadas por um agente etiológico reconhecido, um grupo de sinais e sintomas identificáveis, e alterações anatômicas consistentes. Essa preocupação pela objetivação da doença, que possibilitou à biomedicina constituir-se conquanto saber científico, ocasionou o seu distanciamento dos interesses do doente¹⁶. Vejamos: “[...] aí a pessoa insiste em me falar do trabalho, mas eu insisto em olhar a parte fora do trabalho” (Vanessa).

Na visão dos fisioterapeutas entrevistados, a própria etiologia das LER/DORT está reduzida a três tipos de abordagem: biológica, psicológica e sociológica. Essas abordagens contrariam os achados da literatura especializada em saúde do trabalhador, que evidencia a ligação do trabalho com as LER/DORT e declara que elas só podem ser compreendidas a partir de criteriosa avaliação da atividade laboral¹⁷. Entre os fisioterapeutas mais voltados para a abordagem biológica, foram considerados fatores etiológicos das LER/DORT os aspectos biomecânicos e físicos. Eis o que diz Natália: “movimento repetitivo, carregar peso excessivo, postura inadequada”.

Os fisioterapeutas que priorizaram a abordagem psicológica apontaram as falhas de comportamento ou a susceptibilidade

dos próprios trabalhadores como possíveis fatores desencadeadores do processo de adoecimento. Tal concepção descaracteriza o vínculo com o trabalho, apresentando o trabalhador doente como naturalmente predisposto. “É o tipo de atividade, a repetição, a postura inadequada, máquinas inadequadas, sabe? Mas começa, começa primeiro com essa tensão, essa angústia de ter que dar conta daquilo, sabe? O medo de perder o emprego e o caráter depressivo do paciente” (Marcelo).

O estudo de Sato et al.¹⁸ mostrou evidências contrárias, em que os traumas psicológicos, a culpa e a auto-estima diminuída são considerados conseqüências da doença, e não pilares de uma personalidade naturalmente predisposta a adoecer.

Alguns dos entrevistados, mesmo reconhecendo as pressões oriundas da organização do trabalho, pareciam ainda desacreditar no sofrimento dos trabalhadores diante das limitações impostas pelas LER/DORT. Os fisioterapeutas que adotaram essa atitude atribuíram ao contexto socioeconômico e cultural um papel preponderante na gênese da doença, acreditando que as LER/DORT são simulações, caracterizadas por artifícios utilizados pelos trabalhadores, tendo em vista benefícios relacionados a salário. Vejamos alguns exemplos: “tenho casos de pessoas que realmente conseguiram até mesmo aposentar e, particularmente, eu vejo na intimidade que é uma vida relativamente normal. Pessoas que jogam tênis, peteca e estão afastadas” (Gustavo). E mais: “a pessoa prefere se acomodar, ter uma aposentadoria garantida pro resto da vida e saber que não precisa mais trabalhar e que pelo menos está garantindo o saláriozinho dela lá todo mês” (Bruna).

Pode-se dizer que é difícil visualizar os ganhos do trabalhador com tal simulação, uma vez que, depois de confirmado o diagnóstico de LER/DORT, ele enfrenta diversos preconceitos e dificuldades de reinserção social e profissional. Incapacitados por essas lesões e pertencendo à faixa etária mais produtiva, os trabalhadores perdem o referencial de vida representado pela sociabilidade do trabalho ao aposentarem-se precocemente¹⁹. Vários autores defendem que a determinação das LER/DORT perpassa pela estrutura social, relacionando-se, sobretudo, com as mudanças na organização do trabalho e com as inovações tecnológicas da reestruturação produtiva^{5, 6, 18}.

A falta de sinais objetivos que caracterizem a síndrome favorece a sustentação de abordagens parciais como as descritas acima. A invisibilidade da síndrome, a evolução clínica imprevisível e a subjetividade da dor fazem com que os profissionais, muitas vezes, mostrem-se perdidos diante do quadro: “o quadro de dor pra gente é muito difícil, é muito subjetivo você questionar a dor do paciente, né? Então a gente vê que já teve alguma melhora, de repente ele chega com muita dor, e aí você fica meio por entender, né?” (Carla).

Alguns entrevistados também demonstraram despreparo para reconhecer e distinguir LER/DORT de outras patologias

musculoesqueléticas. Em alguns casos, consideram qualquer processo patológico de membro superior e cintura escapular como LER/DORT, independentemente donexo causal com o trabalho, como pôde ser registrado na fase de observação das sessões de tratamento. Por exemplo, um dos pacientes agendados pelo fisioterapeuta para o processo de observação era idoso, aposentado e apresentava um quadro de degeneração articular cervical crônica. Essa dificuldade na definição dos casos de LER/DORT também pôde ser percebida nas entrevistas. A seguir, um depoimento de Dionísia: “todo mundo já escutou esse termo LER e DORT e todo mundo fala que isso só acontece com a profissão, né? E a gente sabe que isso também pode ser dentro de casa, onde for.”

As dificuldades encontradas no processo de reconhecimento da síndrome e na avaliação dos pacientes interferem drasticamente na definição de um plano de tratamento adequado e no estabelecimento de critérios para alta, principalmente nos casos crônicos, como podemos notar nesta declaração: “você pode, por exemplo, indicar uma crioterapia para ele e, daqui a três dias, você tirar a crio, porque a dor dele aumentou e ele não tolera o gelo... aí você passa para o quente ou para o banho de contraste” (Janaína).

O momento da alta é particularmente difícil, seja devido às restrições do próprio sistema de saúde conveniado, seja por insegurança do profissional. A seguir dois depoimentos: “a alta de pacientes desses casos é a coisa que mais incomoda a gente, então por isso que eu acho que trabalhar em equipe é muito bom. [...] eu acho que a equipe dá um suporte muito grande uma segurança pra quem tá dando esta alta” (Janaína). “Muitas vezes a gente nem consegue dar alta pro paciente, porque, quando a gente pede pra eles voltarem, eles não voltam, né? [...] eles fazem dez sessões e param, a fisioterapia é por convênio e eles param por questões financeiras” (Dionísia).

Diante do exposto, surgem diferentes questões, tais como: a adoção do modelo biomédico é suficiente para atender e entender a demanda de pacientes crônicos? Por que o foco do tratamento é o alívio dos sintomas, e não a disfunção do movimento ou a eliminação dos fatores causais?

A instrução normativa do INSS de 2003 esclarece que o tratamento convencional realizado para a dor aguda não é efetivo em condições crônicas. Além disso, o profissional pouco habituado no manejo dessas condições tem dificuldades para aceitar o fato de que alguns pacientes, mesmo afastados do trabalho e recebendo tratamento, não apresentem melhoras². A compreensão da gênese das LER/DORT parece fundamental para abordagens mais eficazes e resolutivas.

Segundo movimento: o estigma das LER/DORT

Baszanger²⁰, em seu trabalho sobre experiência e tratamento da dor, ressalta que, nos casos de dor crônica, a experiência do

paciente é considerada o principal alvo da terapia, isto é, o paciente constrói com o profissional de saúde, de acordo com a sua experiência particular, o tratamento adequado para ele. Com essa abordagem, objetiva-se que o paciente aprenda a tratar e a lidar com a sua dor. No entanto, isso parece impossível se a dor for considerada como uma manifestação subjetiva do doente e conseqüentemente não pode ser valorizada. Ou ainda, se existir a crença, por parte dos profissionais, na capacidade de simulação dos pacientes para obtenção de ganhos secundários. Como pode ser visto nesta declaração: “então a pessoa aproveita disso para tirar uma licença, ficar um tempo fora, eu acho que às vezes o negócio é meio sugestionado” (Bruna).

Essas proposições são muito criticadas, por excluir a possibilidade de o trabalho constituir-se como um elemento do processo de adoecimento. A radical separação entre o trabalho e o corpo que adoece acaba encontrando uma ancoragem na idéia de predisposição²¹.

Viana²² relata que a adaptação a uma condição crônica pode ser afetada por fatores psicológicos e que o modo como o paciente enfrenta os problemas advindos do adoecimento deve ser considerado, uma vez que esse enfrentamento interfere no seu nível de bem-estar. Para a autora, enfrentamento deve ser entendido como um processo que sofre modificações ao longo do tempo de acordo com as exigências do contexto. A busca de suporte social também é considerada uma estratégia fundamental no enfrentamento da doença, e, a falta desse suporte pode contribuir para uma pobre reabilitação do paciente com dor crônica. A influência desses aspectos psicossociais foi bem observada por alguns dos fisioterapeutas deste estudo, que recordaram como a atitude dos próprios profissionais de saúde ou mesmo a falta de apoio familiar pode influenciar negativamente na recuperação dos pacientes. Marcelo, por exemplo, declara: “existem muitos pacientes com problemas familiares terríveis. [...] e isso põe o paciente numa situação miserável. O que tava difícil, piora. Se não houver um isolamento de quadros muito dramáticos da família é difícil esse paciente melhorar”.

Terceiro movimento: conflito entre saber e sentir

Um aspecto marcante durante as entrevistas foi a hesitação dos entrevistados ao serem questionados sobre o modelo teórico adotado no tratamento dos pacientes com LER/DORT. Em alguns casos, foi necessário repetir a pergunta várias vezes, e, mesmo assim, não foi possível obter uma resposta coerente. Optou-se, então, por não insistir na pergunta para evitar constrangimento e pressão excessiva. Alguns entrevistados parecem ter confundido modelo teórico com teorias que fundamentam a utilização de recursos fisioterapêuticos ou com a adoção de protocolos de tratamento. Vejamos: “se ele chega com um quadro de dor a gente procura amenizar o que está

acontecendo [...] eu não vou pegar um livro pra ver o que tá falando porque de repente não vai funcionar para aquele paciente” (Carla). Para Wolff et al.²³, as dificuldades encontradas no tratamento de pacientes com dores crônicas são compostas não só por falhas no conhecimento, mas também pelo comportamento dos profissionais diante da dor crônica. Os fisioterapeutas deste estudo foram questionados sobre a participação em cursos, congressos ou palestras sobre LER/DORT e em relação aos fatores que podem interferir no tratamento dos pacientes com dor crônica. A maioria declarou ter participado de cursos ou congresso sobre os temas somente na época de faculdade e expuseram conceitos antigos quanto às diferenças existentes entre pacientes crônicos e agudos. A seguir, o que duas fisioterapeutas disseram: “o paciente agudo é mais fácil de tratar [...] o crônico fica, né? Muitas vezes não fazem o que a gente pede” (Dionísia). “Não tem nenhuma diferença, para tratar, não” (Natália).

A evolução lenta dos pacientes foi atribuída à falta de cuidado ou de adesão do paciente ao tratamento proposto. Essa crença pode gerar uma acomodação do profissional diante da complexidade das dores crônicas e da definição do tratamento. Ainda com relação às formas de atualização do conhecimento, alguns fisioterapeutas relataram buscar informações sobre LER/DORT na internet, mas não revelaram o tipo de *site* acessado ou a qualidade das informações encontradas.

Esses pacientes tornam-se um desafio, porque colocam o fisioterapeuta diante de uma lacuna no seu saber. Esse não-saber, essa incerteza de um desfecho satisfatório, gera sentimentos de frustração, desgaste, desinteresse e até mesmo pânico. Eis alguns depoimentos: “ah! Eu vou ser sincera, eu tenho meio preguiça. É que eu acho que é um paciente mais difícil de ter uma melhora” (Bruna). “Péssima, detesto. Detesto tratar todas as ‘ites’, tenho pânico. Principalmente as relacionadas com o trabalho. Destas que a pessoa chega e fala: eu tenho LER. Eu acho que raramente a gente tem resultado” (Gabriela).

Quase todos os entrevistados demonstraram sentimentos que representam a impotência do profissional no atendimento dos pacientes com LER/DORT. Tal sentimento pode ser explicado em parte pela visão reducionista do modelo biomédico adotado, que dificulta uma terapêutica eficaz nesses casos. Há que se reconhecer que as LER/DORT apresentam uma etiologia complexa que envolvem elementos biológicos, psíquicos e sociais e que a ineficácia dos tratamentos pode ser ainda maior na presença de dor crônica. A dor crônica não apresenta causa mensurável e amplia a distância entre o conhecimento objetivo do fisioterapeuta e a experiência subjetiva do paciente. A distância entre esses dois pólos ficou muito clara quando se usou a triangulação das entrevistas com as observações. Em alguns momentos da entrevista, os fisioterapeutas apontaram os seguintes fatores como fundamentais para melhor qualidade do

tratamento e prevenção das LER/DORT: ser capaz de ouvir os pacientes; traçar uma conduta clínica com base nas informações obtidas nas avaliações; orientar o paciente quanto ao posicionamento e à postura adequada no trabalho, bem como sobre a prática de exercícios e alongamentos. Entretanto, durante a observação das sessões de tratamento, esses fatores não foram encontrados. Enquanto os fisioterapeutas aplicavam os recursos terapêuticos, os pacientes permaneciam lendo revistas ou livros. Raramente havia diálogo entre o profissional e o paciente. Durante um atendimento, a paciente queixou-se de que a sua dor havia migrado do ombro para o cotovelo, e o fisioterapeuta, imediatamente, mudou o local de aplicação do recurso terapêutico, como se o aparelho “corresse” atrás da dor.

Os pacientes não receberam orientações com relação a cuidados posturais durante as sessões observadas, e somente um paciente realizou exercícios de alongamento, destacado como importante intervenção na prevenção dos sintomas das LER/DORT.

No estudo de Daykin e Richardson²⁴, os fisioterapeutas classificaram os pacientes com dor lombar crônica em “pacientes bons” e “pacientes difíceis”. Os pacientes bons eram aqueles que apresentavam um quadro clínico bem definido, que estavam motivados com o tratamento e que ouviam as recomendações dos fisioterapeutas. Já os pacientes difíceis eram aqueles mais passivos, que não participavam do tratamento e que consultavam vários profissionais. Esse tipo de classificação dos pacientes também apareceu nas entrevistas deste estudo: “a pessoa que quer melhorar é mais interessada em tudo. Você fala assim: faz isso em casa, esse alongamento, coloca gelo em casa, ela coloca. [...] o paciente que não está querendo ele não tem este tipo de preocupação, sabe?” (Gabriela).

Com relação aos procedimentos fundamentais na prevenção dos pacientes com LER/DORT, alguns entrevistados citaram a análise ergonômica e a ginástica laboral, ainda que ergonomia tenha sido simplificada à adequação de mobiliários e ambientes físicos. Vejamos: “o trabalho intenso dentro das empresas mostrando a importância da ginástica laboral [...] para a prevenção a atividade física é fundamental, boa postura e alongamentos diários” (Dionísia). E ainda: “se eu pudesse, eu iria a todas as empresas e falava do jeito que tinha de ser a mesa, o computador, a escala de trabalho, implantar aquela ginástica laboral com eles pra poder prevenir os quadros de LER/DORT” (Carla).

A ergonomia busca uma análise dos processos de reestruturação produtiva no que se refere à caracterização da atividade e à inadequação dos postos de trabalho. A caracterização da atividade é um elemento fundamental para atingir um funcionamento estável em quantidade e qualidade. Portanto, a atividade deve ser concebida considerando a diversidade da população de trabalhadores e a variabilidade inerente a ela. Muito além da

simples adaptação física dos ambientes de trabalho, é necessário conhecer e integrar as variáveis do indivíduo às exigências e a organização do trabalho. Somente integrando tais variáveis, pode-se facilitar a qualidade de vida no trabalho e favorecer a produção^{25,26}. Quanto ao efeito da ginástica laboral na prevenção das LER/DORT, a literatura ainda é controversa. Embora tenha sido considerada importante na prevenção de lesões osteomusculares relacionadas ao desgaste e ao estresse no trabalho²⁷, alguns autores defendem que a ginástica laboral, quando adotada de forma isolada, não é suficiente para prevenir LER/DORT e pode distorcer a visão sistêmica necessária para abordar esse complexo fenômeno^{27,28}.

Considerações finais ::::

Neste estudo, observou-se que, ao serem caracterizadas por sintomas subjetivos como dor e parestesias e pela ausência de sinais clínicos objetivos, as LER/DORT configuraram-se como uma síndrome complexa para os fisioterapeutas entrevistados, sendo possível detectar um estilo de pensamento reducionista em relação a elas. Esse estilo de pensamento revela que os entrevistados percebem o paciente de forma fragmentada, com uma concepção mecanicista do organismo humano. Também foi observado que as representações sociais dos fisioterapeutas entrevistados sobre as LER/DORT e sobre o doente foram elaboradas coletivamente com base na realidade cotidiana do atendimento clínico. Como referencial teórico para a prática clínica, destacou-se a adoção do modelo biomédico favorecendo a visão de que o paciente é apenas o portador da doença. A falta de vínculo entre a doença e o doente provoca uma desconfiança no sofrimento do paciente e reforça as intervenções tecnicistas. O foco do tratamento passa a ser a doença, e a distância entre o profissional e o doente torna-se

cada vez maior. Os entrevistados que tentam ultrapassar o limite das concepções mecanicistas acabam por psicologizar o sofrimento dos indivíduos.

Independentemente do modelo teórico adotado pelo profissional, é urgente que ele compreenda o processo de saúde de forma mais ampla e aceite que o corpo biológico é criado e desenvolvido dentro de um ambiente cultural e social específico. Assim, a experiência, o sentimento e a história de cada indivíduo são fatores que devem ser reconhecidos no desenvolvimento das estratégias de intervenção. O conhecimento técnico-científico e objetivo do fisioterapeuta deve ser conciliado com a expressão subjetiva do paciente. Desta forma, não basta concentrar esforços na tentativa de reestruturar o funcionamento normal do corpo se as demandas do paciente são desconsideradas. Também não basta procurar a prevenção das enfermidades pela normalização de condutas se a participação ativa do indivíduo for desprezada.

Os entrevistados demonstraram dificuldades para reconhecer e lidar com os aspectos subjetivos das LER/DORT. Tal conduta parece afetar negativamente a resolutividade dos tratamentos. Assim, o fracasso de algumas intervenções reforça o pressuposto clínico de que os pacientes com LER/DORT são difíceis, que não melhoram ou que sempre retornam ao tratamento.

Vale ressaltar que o reconhecimento dos aspectos subjetivos, os quais raramente coincidem com os aspectos objetivos da doença, não implica desconsiderar as alterações biológicas que possam estar presentes. Tais alterações devem ser tratadas com o objetivo de ampliar as margens de segurança e tolerância do indivíduo aos riscos impostos à saúde.

Espera-se contribuir para a adoção de um modelo de cuidado em fisioterapia, que tenha como foco o sujeito em sua singularidade, com abertura para a escuta e o diálogo, para que o saber popular e o saber técnico possam ser decodificados e reconstruídos no encontro clínico.

Referências bibliográficas ::::

1. L.E.R. Lesões por Esforços Repetitivos. Normas técnicas para avaliação da incapacidade. Brasília: INSS/CGSP; 1991.
2. Instrução Normativa n. 98. Ministério da Previdência Social: Brasil; 2003.
3. Ribeiro HP. Lesões por esforços repetitivos (LER): uma doença emblemática. *Cad Saúde Pública*. 1997;13 suppl. 2:85-92.
4. Antunes R. Os caminhos da liofilização organizacional: as formas diferenciadas da reestruturação produtiva no Brasil. *Idéias*. 2003;9/10:13-24.
5. Assunção AA, Almeida IM. Doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho: membro superior e pescoço. In: *Patologia do trabalho*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2003. p. 1501-39.
6. Sampaio RF, Navarro AIG, Martin MM. Incapacidades laborales: problemas en la reinserción al trabajo. *Cad Saúde Pública*. 1999;15(4):809-15.
7. Pinto PR, Moraes GC, Minghini BV. Confiabilidade de um modelo de avaliação para portadores de LER/DORT: a experiência de um serviço público de saúde. *Rev Bras Fisioter*. 2005;9(1):85-91.
8. Moscovici S. Representações sociais: investigação em psicologia social. 4ª ed. Petrópolis: Vozes; 2003.
9. Camargo Junior KR. *Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec; 2003.
10. Koifman, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. *Hist Cienc Saúde*. 2001;8(1):48-70.

11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.
13. Patton MQ. Qualitative research & evaluation methods. New Delhi: Sage Publications; 2002.
14. Richardson B. Professional development. *Physiotherapy*. 1999;81(9):467-74.
15. Resolução n. 8, de 20 de fevereiro de 1978, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Brasília, DF, 1978.
16. Bonet O. Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.
17. Chiavegato LGF, Pereira Júnior A. LER/DORT: multifatorialidade etiológica e modelos explicativos. *Interface-Comunic Saúde Educ*. 2004;8(14):149-62.
18. Sato L, Araújo M, Udihara ML, Nicotera F, Dalton MT, Settimi M, et al. Atividade em grupo com portadores de LER e achados sobre a dimensão psicossocial. *Rev Bras Saúde Ocup*. 1993;79(21):49-62.
19. Orso PJ, Murofuse NT, Matias LV, Marziale MHP. Reflexões acerca das lesões por esforços repetitivos e a organização do trabalho. *Rev Online Bibl Prof Joel Martins*. 2001;2(2):47-58.
20. Baszanger I. Pain: its experience and treatments. *Soc Sci Med*. 1989;29(3):425-34.
21. Verthein MAR, Minayo-Gomez C. As armadilhas e bases discursivas da neuropsiquiatria da LER. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2001;6(2):457-70.
22. Viana SO. Trabalhadores com lesão por esforço repetitivo: explorando relações entre limitação funcional, enfrentamento e satisfação com a vida [Dissertação]. Belo Horizonte (MG): UFMG; 2005.
23. Wolff MS, Michel TH, Krebs DE, Watters NT. Chronic pain-assessment of orthopedic physical therapists' knowledge and attitudes. *Phys Ther*. 1991;71(3):207-14.
24. Daykin RA, Richardson B. Physiotherapists' pain beliefs and their influence on the management of patients with chronic low back pain. *Spine*. 2004;29(7):783-95.
25. Abrahão JI. Reestruturação produtiva e variabilidade do trabalho: uma abordagem da ergonomia. *Psic: Teor e Pesq*. 2000;16(1):49-54.
26. Assunção AA, Lima FPA. A novidade no trabalho: contribuição da ergonomia. In: Mendes R. *Patologia do trabalho*. Rio de Janeiro: Atheneu; 2002.
27. Pinto ACCS. Ginástica laboral aplicada à saúde do cirurgião dentista. Um estudo de caso da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis – SC [Dissertação]. Florianópolis (SC): UFSC; 2003.
28. Longen, WC. Ginástica laboral na prevenção da LER/DORT? Um estudo reflexivo em uma linha de produção [Dissertação]. Florianópolis (SC): UFSC; 2003.