

ARTIGO ORIGINAL

Avaliação da funcionalidade dos trabalhadores com LER/DORT: a construção do Core Set da CIF para LER/DORT

Evaluation of the functionality of workers with Repetitive Strain Injury (RSI)/ Work-related musculoskeletal disorders (MSDs): the construction of the ICF Core Set for RSI/MSDs

Mônica Angelim Gomes de Lima¹, Robson da Fonseca Neves², Márcia Oliveira Staffa Tironi³, Ana Márcia Duarte Nunes Nascimento⁴, Francesca de Brito Magalhães⁵

RESUMO

O presente artigo apresenta o Core set da CIF para LER/DORT e seu processo de construção. Trata-se de um relato de experiência da elaboração de um Core Set a partir de uma abordagem interdisciplinar. O Core set da CIF para LER/DORT foi elaborado por meio de consensos sucessivos entre especialistas do campo da saúde do trabalhador em seis etapas, que envolveram desde a aproximação e estudo da CIF, leitura, discussão até a eleição de códigos e comparação com os core sets de dor generalizada e de depressão. Para o componente 'funções do corpo' foram escolhidos códigos relacionados aos aspectos: funções mentais, sensoriais, de dor e neuromusculares relacionadas ao movimento. Para 'estruturas do corpo' foram escolhidos códigos relacionados aos aspectos: estruturas do sistema nervoso e relacionadas ao movimento. Para 'atividade e participação' foram escolhidos códigos relacionados à: mobilidade, cuidado pessoal, vida doméstica, relações e interações interpessoais e áreas principais da vida. Para 'fatores ambientais' foram escolhidos códigos relacionados à: apoio e relacionamentos, atitudes e serviços, sistemas e políticas. O componente ambiente foi o mais limitado para a descrição dentro do contexto do trabalho. Este artigo apresenta o esforço de construção de um core set, a partir de uma abordagem interdisciplinar, viável à aplicação no processo de tratamento e reabilitação de trabalhadores com LER/DORT e poderá contribuir para inserir o Brasil na discussão internacional que trata das consequências do adoecimento humano a partir do modelo sócio-médico, deslocando o debate científico e a produção de políticas públicas do contexto da deficiência/incapacidade para o contexto da saúde.

PALAVRAS-CHAVE

classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde, transtornos traumáticos cumulativos, trabalhadores

ABSTRACT

This study presents the ICF Core Set for Repetitive Strain Injury (RSI)/ Work-related musculoskeletal disorders (MSDs) and its construction process. It is the report of the creation of a Core Set based on an interdisciplinary approach. The ICF Core Set for RSI/MSDs was created through successive consensuses among specialists in the workers' healthcare area throughout six phases, which involved from the assessment and the study of the ICF, followed by its reading and discussion, to the establishment of codes and comparison with the core sets of generalized pain and depression. For the "body functions" component, the chosen codes were related to the following aspects: mental, sensory, pain and neuromusculoskeletal functions, as well as movement functions. For the "body structures" component, the chosen codes were related to the following aspects: nervous system structures and those related to movement. For the "activity and participation" component, the chosen codes were related to: mobility, personal care, domestic life, interpersonal relations and interactions and the main areas of life. For "environmental factors", the codes chosen were related to: support and relationships, attitudes and services, systems and policies. The environment component was the most limited for the description within the work context. This study represents the effort of constructing a core set based on an interdisciplinary approach, viable to be applied during the treatment and rehabilitation process of workers presenting RSI/MSDs and can contribute to bring Brazil into the international discussion that deals with the consequences of human disease from a social-medical model, displacing the scientific debate and the creation of public policies from the context of disability/incapacity into the health context.

KEYWORDS

international classification of functioning, disability and health, cumulative trauma disorders, workers

1 Doutora em Saúde Coletiva – UFBA.

2 Mestre em Saúde Comunitária – UFBA.

3 Mestre em Psicologia – UFBA.

4 Doutoranda em Saúde Pública e Mestre em Saúde Comunitária - UFBA.

5 Especialista em Saúde Mental - USP.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina, Depto de Medicina Preventiva

Mônica Angelim Gomes de Lima

Avenida Reitor Miguel Calmon s/nº - Canela - Salvador - BA

Cep 40110-100

E-mail angelim@ufba.br

INTRODUÇÃO

As LER/DORT¹ (Lesões por Esforços Repetitivos / Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) configuram-se como um grande problema de saúde pública no Brasil e no mundo, seja pela sua prevalência na população trabalhadora, seja pela abrangência de setores da economia implicados e impactados² ou pela complexidade clínica que encerra com alto custo da terapêutica e freqüente afastamento do trabalho por incapacidade temporária ou permanente.³ Um dos desafios para os profissionais de saúde que lidam com esta demanda é a compreensão da complexidade deste problema e a comunicação entre as diversas disciplinas e entre os diversos atores sociais envolvidos no processo diagnóstico-tratamento-reabilitação.

Entre as doenças relacionadas ao trabalho (DRT) as LER/DORT têm representado uma das principais causas de afastamentos das atividades laborativas por motivo de doença do trabalho no Brasil desde os anos 90.⁴ No Brasil, o registro de DRT aumentou de 5.025 em 1988 para 30.334 em 2005 entre os trabalhadores do Regime Geral da Previdência Social e, conseqüentemente, o pagamento de benefícios ocupacionais para compensação salarial.⁵

O Anuário Estatístico de Acidente de Trabalho, publicado no ano de 2004 pelo Ministério da Previdência Social/ Instituto Nacional de Previdência Social (MPS/INSS) e Ministério do Trabalho e Emprego, tendo como fonte a CAT (Comunicação de Acidentes de Trabalho) divulgou que no Brasil, foram registrados aproximadamente 1,1 milhão de Acidentes de Trabalho no período entre 2001 e 2003. Destes 5,4% foram classificados como Doenças do Trabalho (60.581 casos) e 31.823 casos foram identificados, através dos cinco principais códigos do CID-10, correspondentes aos distúrbios osteomusculares, como LER/DORT, representando, portanto, 52,3% de todas as causas de Doenças do Trabalho no Brasil.⁶

A CIF foi criada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 2001, com objetivo de “proporcionar uma linguagem unificada e padronizada e uma estrutura que descreva a saúde e os estados relacionados à saúde”.⁷ Portanto, a CIF foi elaborada tendo como finalidade estabelecer mecanismo de comunicação entre profissionais de saúde a partir da utilização de uma linguagem unificada e padronizada que possibilite a identificação dos impactos das doenças na vida cotidiana dos indivíduos e grupos populacionais. Tem sido crescente o número de estudos que utilizam a CIF como referência teórica para a discussão da funcionalidade em dor crônica e desordens músculo-esqueléticas.^{8,9}

A ampla divulgação da CIF no mundo vem sendo conduzida pela Organização Mundial de Saúde desde 2001, com o estímulo para sua aplicação em todas as áreas da saúde. Este esforço tem requerido, de um modo geral, o treinamento e a participação intensa de diversas áreas profissionais no sentido de identificar a melhor forma de viabilizar a utilização desta classificação complexa.

Uma estratégia de ampliação do uso da CIF foi a elaboração dos ‘Core Sets’ que nada mais são do que a seleção de itens essenciais para a descrição e qualificação da demanda de situações de saúde específicas.

OBJETIVO

Nos últimos anos algumas condições de saúde crônicas foram elencadas para o desenvolvimento dos Core Sets da CIF, dentre estas estão a lombalgia, artrite reumatóide, dor crônica generalizada e osteoartrose. Todas essas condições são relacionadas ao aparelho locomotor e cursam com dor crônica. Isso se deve ao fato de que a Década do Osso e da Articulação (2000-2010), proposta pela OMS, alavancou diretamente o desenvolvimento destes instrumentos de classificação. Este artigo apresenta o core set da CIF para LER/DORT e seu processo de construção reconhecendo-o enquanto uma ferramenta útil para uma melhor abordagem do tratamento e reabilitação de trabalhadores com LER/DORT. O Core set da CIF para LER/DORT é o primeiro a ser elaborado no campo da saúde do trabalhador e no Brasil, como parte de uma abordagem mais ampla dos trabalhadores com LER/DORT proposta pelo Protocolo de Avaliação da Funcionalidade de Trabalhadores com LER/DORT em fase de validação.

MÉTODO

O Core set da CIF para LER/DORT foi elaborado a partir de consensos sucessivos com a participação contínua de cinco especialistas no campo da saúde do trabalhador, com ampla experiência no cuidado de trabalhadores com LER/DORT. Trata-se de um grupo de pesquisa do CNPq que envolve profissionais de saúde de três instituições de ensino do estado da Bahia.^a A motivação deste grupo foi a necessidade reconhecida por todos de identificar, avaliar e propor ações para as demandas dos trabalhadores com LER/DORT no seu processo de tratamento-reabilitação.

O processo de elaboração do Core set da CIF para LER/DORT contou inicialmente com uma etapa de aproximação da CIF e capacitação do grupo em dois treinamentos,^b além de reuniões regulares para leitura e discussão dos conceitos propostos entre 2004 e 2006. Este momento permitiu o nivelamento do grupo sobre o modelo teórico e a utilização da CIF como principal ferramenta para o levantamento de demandas e gerenciamento do processo de tratamento-reabilitação. Buscou-se também conhecer os diversos core sets já disponibilizados na literatura e os métodos utilizados na sua elaboração. Após esta etapa optou-se pela utilização da estratégia da busca de consensos sucessivos entre os especialistas envolvidos através de rodas de discussão interdisciplinar. O objetivo destes encontros foi eleger dentre os códigos da CIF os que compoariam o core set da CIF para LER/DORT. Os códigos selecionados

^a O grupo de pesquisa Atenção Integral à Saúde: Saúde, Trabalho e Funcionalidade está cadastrado no CNPQ desde 2006 e vem trabalhando na elaboração de um Protocolo de Avaliação da Funcionalidade de Trabalhadores com LER/DORT. Trata-se de um grupo de docentes e pesquisadores do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, dos Cursos de Terapia Ocupacional e Psicologia da Fundação para o Desenvolvimento da Ciência, do curso de Fisioterapia da Universidade Católica de Salvador e Residentes de Medicina do Trabalho que têm estudado a CIF e suas aplicações para o campo da Saúde dos Trabalhadores e promovido atividades de capacitação de recursos humanos voltadas para a reabilitação de trabalhadores. Em 2007 elaborou o Core set da CIF para LER/DORT em fase de publicação da primeira etapa e organizou o Protocolo de Avaliação da Funcionalidade de Trabalhadores com LER/DORT em fase de validação.

^b Curso de capacitação para profissionais da área de saúde para utilização da CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde); Treinamento de facilitadores no uso da CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade)

deveriam apresentar duas características complementares oferecerem maior densidade de conteúdo na descrição de um aspecto deste fenômeno e maior diversidade de conteúdos abrangendo os quatro componentes da CIF: funções do Corpo, estrutura do corpo, atividades & participações e fatores ambientais¹⁰. Não foi estabelecido um número limite para obtenção do produto final buscando-se identificar a saturação pela repetição para o momento da conclusão.

O primeiro passo foi a eleição individual dos códigos a partir da experiência de cada profissional. Depois as rodas de discussão permitiram a apresentação dos códigos eleitos por cada componente do grupo e a argumentação justificando sua seleção. As sucessivas rodas de discussão foram permitindo a compatibilização dos códigos eleitos com a inclusão e exclusão de códigos.

Este processo contou com seis etapas, todas realizadas mantendo a mesma metodologia de leitura geral ou parcial dos códigos, buscando a coerência e equilíbrio entre os aspectos descritos e os componentes da CIF.

Na primeira etapa, adotamos a idéia mais ampla sobre a LER/DORT incluindo estruturas e funções do corpo relacionadas à coluna lombar e dorsal, além do comprometimento da região cervical, a cintura escapular, ombros e membros superiores. O resultado dessa primeira versão foi um conjunto de 302 códigos, em agosto/2006, contando com códigos até o quarto nível de classificação. Na segunda etapa, resolvemos nos restringir apenas a região cervical, a cintura escapular, ombros e membros superiores. Houve então novas rodas de discussão e com isso, mais de dois terços dos códigos foram excluídos, com maior ênfase nos códigos relacionados à Função do Corpo e à Atividade & Participação, ao passo que códigos novos foram incluídos principalmente no componente Função do Corpo. Essa versão totalizou 97 códigos, em outubro/2006. Na terceira etapa, realizamos a releitura da segunda versão dos códigos selecionados com possibilidade de acrescentar, retirar ou re-inserir códigos, só que de uma maneira mais criteriosa reconhecendo a importância de cada código para a descrição de características a partir da perspectiva de cada disciplina representada no grupo de pesquisa (medicina, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia). Essa etapa foi concluída em fevereiro de 2007 e contou com 90 códigos.

Na quarta etapa, fizemos uma avaliação crítica do conjunto escolhido e percebemos que havia carência na abordagem das dimensões Atividade & Participação e Fatores do Ambiente. Realizamos nova leitura diretamente na CIF desses componentes e incluímos novos códigos ou re-inserimos outros. Outra atividade executada nesse momento foi a comparação com o Core Set de dor crônica generalizada, o que permitiu a decisão de incluir novos códigos do componente Função do Corpo, Estrutura do Corpo e Atividade & Participação, mas sentimos ainda a necessidade de retirarmos alguns esta versão ficou com 88 códigos.

Na quinta etapa foi realizada uma nova comparação, desta vez com o Core Set da CIF para Depressão que nos permitiu acrescentar códigos valorizados nesse core set nos componentes Atividade & Participação. Nessa versão o instrumento ficou com 105 códigos.

Na sexta etapa, considerada a etapa final do processo de escolha dos códigos, realizamos aplicação piloto em 12 pacientes, o que

nos possibilitou fazer ajustes a partir da experiência de utilização do conjunto de códigos selecionados durante entrevistas com esses trabalhadores. O produto final consta de 104 códigos assim distribuídos: função do corpo (b) 32, estrutura do corpo(s) 09; atividade e participação (d) 30; ambiente (e) 33 códigos.

RESULTADOS

A seqüência de versões, indicando a quantidade de códigos escolhidos em cada dimensão (Tabela 1) apresenta o esforço de construção de um core set que fosse viável para a aplicação no acompanhamento de pacientes, considerando ter um tamanho que atendesse tanto à questão de tempo de aplicação, quanto à questão de profundidade do resultado coletado, com vistas ao tratamento e à reabilitação destes pacientes.

Tabela 1
Quantidade de categorias de cada componente da CIF escolhidas em cada versão.

COMPONENTES/VERSÕES	1º	2º	3º	4º	5º	6º
	08/2006	10/2006	02/2007	06/2007	08/2007	09/2007
Funções do corpo	79	31	28	21	33	32
Estrutura do corpo	37	15	17	12	13	09
Atividade e Participação	106	23	21	22	27	30
Fatores Ambientais	80	28	24	31	32	33
Total de códigos	302	97	90	88	105	104

Para o componente 'atividade e participação' foram escolhidas categorias relacionadas a: mobilidade, cuidado pessoal, vida doméstica, relações e interações interpessoais e áreas principais da vida que, no que se refere às LER/DORT, são essenciais para que a compreensão da enfermidade na vida cotidiana desse trabalhador.

No que tange ao componente 'fatores ambientais' foram escolhidas categorias relacionadas aos aspectos: apoio e relacionamentos, atitudes e serviços, sistemas e políticas (Tabela 2). Este componente apresentou-se limitado para a descrição das barreiras e facilitadores

Tabela 2
Categorias que fazem parte da versão final do core set da CIF para LER/DORT.

COMPONENTES	CATEGORIAS SELECIONADAS
Funções do corpo (32 categorias)	b126, b1300, b1301, b1340, b1342, b1343, b140, b144, b152, b1801, b260, b265, b2700, b280, b2800, b2801, b28010, b28014, b28016, b2802, b2803, b2804, b640, b7100, b7101, b7300, b7301, b7350, b7351, b7401, b7800, b84037
Estrutura do corpo (09 categorias)	s12000, s1201, s140, s150, s710, s7102, s7103, s720, s73080
Atividade e Participação (30 categorias)	d177, d230, d240, d415, d430, d440, d445, d450, d470, d475, d510, d520, d540, d550, d570, d630, d640, d650, d660, d720, d760, d770, d825, d830, d845, d850, d855, d910, d920, d930
Fatores Ambientais (33 categorias)	e1101, e115, e120, e1350, e1351, e1650, e1651, e1652, e2250, e255, e310, e315, e320, e325, e330, e340, e355, e360, e410, e420, e425, e430, e450, e455, e460, e465, e540, e555, e570, e575, e580, e585, e590
Total	104 categorias

presentes, especialmente, dentro do contexto do trabalho. As categorias que compõem a CIF não parecem suficientes para a descrição das condições de trabalho que propiciam o desencadeamento, manutenção ou agravamento das LER/DORT.

A estrutura final do core set da CIF para LER/DORT inclui: um formulário para profissionais, que é composto por questionários para coleta de dados demográficos e ocupacionais do paciente, fichas para registro de exame clínico e avaliação geral das condições de saúde e roteiro de entrevista sobre a história do adoecimento e relacionamento com o trabalho; um formulário geral para pacientes, que é composto por instrumentos validados e auto-aplicáveis; e, a pesquisa da funcionalidade (códigos da CIF), aplicada pelo profissional.

Para complementar a avaliação feita pelo core set da CIF para LER/DORT foram selecionados instrumentos traduzidos e validados no Brasil orientados para alguns aspectos mais ou menos cobertos pela CIF. Buscou-se com isso obter a compatibilização dos resultados dos instrumentos validados e do core set. A partir daí foi estruturado o Protocolo de Avaliação de Funcionalidade de Trabalhadores com LER/DORT.

Protocolo de Avaliação de Funcionalidade de Trabalhadores com LER/DORT – PAFT- LER/DORT

A avaliação da funcionalidade de trabalhadores com LER/DORT inicia-se com uma entrevista narrativa na perspectiva de Jovchevitch & Bauer,¹¹ cuja idéia é reconstruir acontecimentos sociais a partir da perspectiva dos informantes, tão diretamente quanto possível. E prossegue com a aplicação do core set da CIF para LER/DORT em si e dos seguintes instrumentos auto-aplicáveis: Questionário de Avaliação de Estado de Saúde HAQ, Avaliação Geral de Comorbidades SCQ-P e Questionário Genérico de Qualidade de Vida SF-36. Estes questionários são sugeridos como padrão OMS na composição dos Core Sets. Foram acrescentados: o Questionário de Dor McGill completo, Inventário de Locus de Controle - LOC e o Coping Strategy Questionnaire – CSQ (Quadro 1).

A narrativa nesse protocolo é assumida como uma ferramenta importante, pois, a partir das histórias narradas o trabalhador é capaz de lembrar o que aconteceu e fornecer uma seqüência para sua experiência. Ajuda a encontrar explicações para os fatos e eventos e, por fim, modelar os acontecimentos que compõem a vida individual e social atribuindo sentido às experiências.¹¹ A narrativa constitui-se também como técnica importante de obtenção de dados qualitativos sobre as dimensões da funcionalidade de trabalhadores afetadas pelo processo de adoecimento, e possibilita a triangulação metodológica para o processo de validação do core set da CIF para LER/DORT.

O HAQ traduzido e validado para a língua portuguesa¹² é um instrumento baseado em modelo gradual das exigências da capacidade funcional, considerados quatro domínios: incapacidade, limitação e desconforto, efeito e tratamento e custo clínico. No formulário de pacientes foi utilizado apenas o primeiro domínio, para a avaliação do Índice de Incapacidade Funcional, composto pelas seguintes categorias: vestir-se e arrumar-se, levantar-se, alimentar-se, caminhar, higiene, alcance, preensão e atividades diárias comuns. Tais

Quadro 1
Componentes do Protocolo de Avaliação de Funcionalidade de Trabalhadores com LER/DORT (PAFT).

Protocolo de Avaliação de Funcionalidade de Trabalhadores com LER/DORT
Narrativa sobre o adoecimento
Co-morbidades - HAQ e Qualidade de Vida - SF-36 - instrumentos preconizados pela OMS como padrão para todos os Core Sets
Locus de Controle - LOC - utilizado para medir internalidade
Coping Strategy Questionnaire - identificar estratégias de enfrentamento em situações cotidianas
Questionário de McGill Completo - avaliar intensidade e qualidade da dor
Core set da CIF para LER/DORT - Folhas de resposta
Mapa Cognitivo
Plano de Reabilitação

categorias do HAQ guardam relação com domínios de atividade/participação e ambiente do core sets LER/DORT representados nas seguintes categorias: d430, d440, d445, d450, d470, d510, d520, d540, d550, e115, e120.

O questionário auto-administrado de comorbidades SCQ-P objetiva identificar condições clínicas patológicas presentes na condição de saúde, é um instrumento descritivo, que questiona sobre os problemas de saúde mais frequentes que o doente tem conhecimento, se faz uso de medicações ou realiza algum tipo de tratamento e, finalmente, se possui algum tipo de limitação nas atividades em decorrência deste problema. Esse instrumento apesar de não fornecer escores ou valores de referência é bastante útil, pois ajuda a discriminar as alterações na funcionalidade originadas de outras condições mórbidas diferentes da que está sendo avaliada.¹⁰

Para a avaliação de aspectos da qualidade de vida utilizou-se o Short-Form Health Survey - SF36. Este instrumento de qualidade de vida tem sido largamente utilizado na literatura internacional possibilitando a comparação de resultados com diversas áreas da saúde humana. O objetivo do instrumento é avaliar diferentes aspectos relacionados à saúde tais como: capacidade funcional, aspectos físicos, aspectos emocionais, intensidade da dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental.^{13,14} Alguns domínios do SF-36 podem ser relacionados com categorias da função do corpo do core sets LER/DORT (b1300, b1301, b152, b280) e outros com categorias de atividade & participação (d230, d430, d445, d450, d520, d540, d640, d850, d855, d910).

O questionário de McGill15 objetiva a compreensão da dor a partir mensuração das diferentes dimensões: sensitivo-discriminativa, afetivo-motivacional e cognitivo-avaliativa. Na versão completa são avaliados 78 descritores ou adjetivos. Os descritores sensoriais se referem às propriedades de tempo, espaço, pressão e temperatura; os afetivos descrevem tensão, medo e expressões neurovegetativas associadas à dor; os avaliativos possibilitam uma avaliação global da experiência da dor e os descritores miscelânea abrangem todos os fatores avaliados. Esse instrumento possibilitará a comparação dos domínios referentes à intensidade e características da dor presentes no core sets LER/DORT representados pelas categorias: b280, b2803, b2803, b840 e suas variantes.

Quanto ao Locus de Controle - LOC, de acordo com Portinoi¹⁶ e Abbad & Meneses,¹⁷ é uma escala multifatorial. Objetiva-se com

este instrumento avaliar as expectativas gerais do doente em relação ao quanto eventos externos podem interferir em sua doença e o grau de sua autonomia em relação a eles. Esse instrumento considera as dimensões pessoais, sociais e impessoais que são designadas em 3 sub-escalas: sorte/azar, outros poderosos e internalidade. Atividade & participações relacionadas à aprendizagem e relações e interações interpessoais (d177, d720) e componentes do ambiente ligados ao apoio, relacionamento e atitudes (e325, e330, e410, e420, e425, e430, e450, e455, e460) apontam para uma possível relação do inventário LOC com os domínios eleitos no core set da CIF para LER/DORT.

O Coping Strategies Questionnaire¹⁸ (QSC) tem como objetivo avaliar as estratégias de enfrentamento (coping) do doente diante da dor crônica, nomeadas como: distração da atenção, reinterpretação das sensações dolorosas, auto-afirmações de coping, ignorar as sensações de dor, rezar/esperar, catastrofização e aumento da atividade comportamental. Além de identificar as estratégias, avalia também a habilidade do trabalhador no controle da dor a partir de mecanismos comportamentais. O QSC parece relacionar-se com o core set da CIF para LER/DORT no que diz respeito a tarefas domésticas, áreas principais da vida e vida comunitária social e cívica para o componente atividade e participação (d240, d825, d830, d845, d930) e produtos e tecnologias, apoio e relacionamento e atitudes no que tange ao componente ambiente (e1101, e115, e1350, e1351, e340, e355, e360, e465).

Por fim, o protocolo compreende também a folha de respostas, o mapa cognitivo e o plano de reabilitação que são formulários específicos de sistematização dos dados colhidos, sumarização dos achados e organização das informações com vistas à elaboração de um plano de ação. Este deverá orientar o processo de reabilitação integral do trabalhador com LER/DORT ao tempo em que permite o levantamento de demandas que orientem a construção de ações públicas intersetoriais mediadas pelo Estado.

DISCUSSÃO

Os trabalhadores acometidos por LER/DORT apresentam, freqüentemente, longos períodos de afastamento do trabalho devido ao comprometimento físico e psíquico tanto para a realização das atividades laborativas como para as atividades da vida diária. É extensa a literatura entorno da discussão da efetividade dos Programas de Retorno ao Trabalho com pessoas com dor crônica, notadamente, trabalhadores em gozo de benefício para tratamento.^{19,20}

Este debate tem muitas vezes orientado suas conclusões no sentido da responsabilização do doente pelo fracasso terapêutico a partir da referência aos ganhos secundários e terciários entendidos principalmente enquanto ganhos financeiros do próprio doente ou de algum membro da família. David Fishbain²¹ foi responsável pela sistematização destes construtos e sua utilização no campo do tratamento da dor. Segundo esse autor, o ganho secundário reflete vantagens interpessoais ou sociais, conseguidas pelo paciente como consequência da enfermidade; e ganho terciário corresponde àqueles adquiridos a partir da enfermidade de um paciente por outro além do paciente, freqüentemente um membro da família. Para este autor

estes ganhos têm origem inconsciente.

Estudos epidemiológicos têm sugerido como fatores preditores de incapacidade variáveis como: gênero, horas de trabalho semanal e exigência física do trabalho, escolaridade, compensação financeira (benefício previdenciário) e expectativa do paciente de recuperação com o tratamento. Mais recentemente tem sido apontada a necessidade de deslocar o foco dos estudos sobre a baixa efetividade terapêutica e retorno ao trabalho de pacientes com dor crônica, das causas identificadas como ganhos secundários e terciários, para a problematização das barreiras econômicas que influenciam no cuidado à saúde dessa população e nos resultados terapêuticos.²²⁻²⁵

A partir de outro ponto de vista, alguns autores do campo da psicologia cognitivo-comportamental têm sinalizado a importância de considerar não só os ganhos, mas também as perdas presentes ao longo do processo de adoecimento, tratamento e reabilitação de pessoa com dor.²⁶⁻²⁸ Dersh et al²⁴ defendem a idéia de uma economia de perdas e ganhos no contexto da abordagem clínica, incluindo terapeuticamente estas questões no processo de gerenciamento clínico, com o objetivo de dar visibilidade às mesmas, compreendê-las e buscar como respondê-las adequadamente.

Em estudo de avaliação de Programas de Retorno ao Trabalho em Quebec-Canadá foi reconhecida a importância de abordar de forma integrada um leque de demandas que partem dos diferentes atores envolvidos no processo de reabilitação. Esse estudo qualitativo explicita as perspectivas, o papel e posicionamento dos diferentes grupos: trabalhador doente, atores internos e atores externos ao local de trabalho. Estas diferentes perspectivas são algumas vezes complementares e muitas vezes divergentes, levando à tensão e a conflitos. Características do trabalhador doente tais como fatores sócio-demográficos, crenças, atitudes e motivação são destacadas, mas também a cultura do local de trabalho na relação com o trabalhador reabilitado e o grau de bem estar deste trabalhador em seu local de trabalho são aspectos apontados como tendo forte influência sobre a motivação dos trabalhadores. Outro elemento importante, salientado pelos supervisores, em relação aos processos produtivos, são as exigências de produção e a necessidade de ajuste das quotas de produção e das avaliações de desempenho.^{29,30}

No Brasil, Takahashi & Canesqui³¹ avaliando o processo de reabilitação profissional de adoecidos com LER/DORT, a partir de um modelo assistencial renovado no período de 1995 a 1997, apontam como aspectos importantes para o êxito ou não desse modelo os interesses envolvidos na reabilitação, a articulação entre reabilitação e prevenção, o envolvimento de ações terapêuticas concatenadas com a profissionalização e com a negociação entre a Previdência e as empresas e o projeto terapêutico montado de forma interdisciplinar. Concluem que a atenção dada a estes elementos nesta experiência contribuiu para ampliar a efetividade do programa.

A avaliação dos impactos gerados pelas LER/DORT nos trabalhadores acometidos tem sido um desafio para o campo da saúde do trabalhador, assim como para a Previdência Social também no Brasil por falta, dentre outras coisas, de uma ferramenta adequada que englobe as múltiplas dimensões atingidas no processo de adoecimento e favoreça a interlocução com os profissionais de saúde, o próprio trabalhador e demais co-participantes. Este fato tem gerado

crecente demanda judicial, ampliado os conflitos e prejudicado o processo de reabilitação destes trabalhadores. Esta é uma realidade identificada em vários países e tem requerido o desenvolvimento de ações específicas em torno da abertura de diálogos e negociações entre representação de trabalhadores, profissionais de saúde, empresários e seguradora de saúde.³²

Diante da complexidade e extensão deste problema de saúde constata-se, freqüentemente, que as ações políticas e sociais, bem como as tecnologias de saúde utilizadas no processo de diagnóstico, tratamento e reabilitação não têm alcançado os objetivos a que se propõem, pondo em discussão a qualidade dos serviços disponíveis, como também a qualidade da própria tecnologia de saúde organizada para este fim.^{33,34}

Defende-se a idéia de que a proposição do core set da CIF para LER/DORT, a partir da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF poderá contribuir com a produção de ferramentas para o levantamento das demandas dos trabalhadores, mediando o diálogo necessário entre os diversos atores envolvidos no processo de tratamento-reabilitação.

CONCLUSÃO

O Protocolo de Avaliação da Funcionalidade de Trabalhadores com LER/DORT aqui proposto configura-se como uma ferramenta capaz de dá visibilidade aos aspectos biopsicossociais e culturais do adoecimento crônico de trabalhadores, a partir de uma linguagem unificada e interdisciplinar, o que possibilita ampliar o diálogo e as negociações necessárias à implantação de mudanças na condução da reabilitação de trabalhadores no Brasil. Esta é uma contribuição para o movimento de redirecionamento do olhar da incapacidade para a funcionalidade, da queixa para a demanda de quem sofre, acreditando na linguagem como mediação para a (re)significação do adoecimento e como produtora de visibilidade das demandas sociais presentes no drama de trabalhadores adoecidos, em situação de vulnerabilidade e desvantagem no mundo do trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
2. Maeno M, Salerno V, Rossi DAG, Fuller R. Lesões por esforços repetitivos (LER), distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Dort), dor relacionada ao trabalho [monografia na Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006 [citado 2008 Out 23]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_ler_dort.pdf
3. Turk DC. Efficacy of multidisciplinary pain centers in the treatment of chronic pain. In: Cohen MJM, Campbell JN, eds. Pain treatment centers at a crossroads: a practical and conceptual reappraisal. Seattle: IASP Press, 1996, p. 257-73.
4. Souza NSS. Situação da saúde do trabalhador no Estado da Bahia. Cadernos de Informação em Saúde do Trabalhador [monografia na Internet]. Salvador: CESAT; 2007 [citado 2008 Jun 25]. Disponível em: www.saude.ba.gov.br/cesat/Informacoes/SituacaoST_Bahia_Fev07.pdf
5. Souza NSS, Santana VS, Albuquerque-Oliveira PR, Barbosa-Branco A. Doenças do trabalho e benefícios previdenciários relacionados à saúde, Bahia, 2000. Rev Saúde Pública. 2008;42(4):630-8.
6. Brasil. Ministério da Previdência Social / Ministério do Trabalho e Emprego. Anuário Estatístico de Acidente de Trabalho - 2003. Brasília (DF): Ministério do Trabalho e Emprego; 2004.
7. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: Edusp; 2003.
8. Chen J, Devine A, Dick IM, Dhaliwal SS, Prince RL. Prevalence of lower extremity pain and its association with functionality and quality of life in elderly women in Australia. J Rheumatol. 2003;30(12):2689-93.
9. Brockow T, Cieza A, Kuhlow H, Sigl T, Franke T, Harder M, et al. Identifying the concepts contained in outcome measures of clinical trials on musculoskeletal disorders and chronic widespread pain using the International Classification of Functioning, Disability and Health as a reference. J Rehabil Med. 2004;(44 Suppl):30-6.
10. Stamm T, Geyh S, Cieza A, Machold K, Kollerits B, Kloppenburg M, et al. Measuring functioning in patients with hand osteoarthritis—content comparison of questionnaires based on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Rheumatology (Oxford). 2006;45(12):1534-41.
11. Jovchelovitch S, Bauer MW. Entrevista narrativa. In: Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes; 2002. p.90-113.
12. Ferraz MB, Oliveira LM, Araujo PM, Atra E, Tugwell P. Crosscultural reliability of the physical ability dimension of the health assessment questionnaire. J Rheumatol. 1990;17(6):813-7.
13. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do Questionário Genérico de Qualidade de Vida "Medical outcomes study 36 - item short-form health survey (SF-36) [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1997.
14. Teixeira ACP, Fonseca AR, Maximo IMNS. Inventário SF36: avaliação da qualidade de vida dos alunos do Curso de Psicologia do Centro UNISAL - U.E. de Lorena (SP). Psic. 2002,3(1):16-27.
15. Pimenta CAM, Teixeira MJ. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. Rev Esc Enf USP. 1996;30(3):473-83.
16. Portnoi AG. Dor, stress e coping: grupos operativos em doentes com síndrome de fibromialgia [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia; 1999.
17. Abbad G, Menezes PPM. Locus de controle: validação de uma escala em situação de treinamento. Est Psicol. 2004;9(3):441-50.
18. Robinson ME, Riley JL 3rd, Myers CD, Sadler IJ, Kvaal SA, Geisser ME, et al. The Coping Strategies Questionnaire: a large sample, item level factor analysis. Clin J Pain. 1997;13(1):43-9.
19. Landers MR, Cheung W, Miller D, Summons T, Wallmann HW, McWhorter JW, et al. Workers' compensation and litigation status influence the functional outcome of patients with neck pain. Clin J Pain. 2007;23(8):676-82.
20. Harris I, Mulford J, Solomon M, van Gelder JM, Young J. Association between compensation status and outcome after surgery: a meta-analysis. JAMA. 2005;293(13):1644-52.
21. Fishbain DA. Secondary gain concept: Definition problems and its abuse in medical practice. APS J 1994;3(4):264-73.
22. Becker N, Højsted J, Sjøgren P, Eriksen J. Sociodemographic predictors of treatment outcome in chronic non-malignant pain patients. Do patients receiving or applying for disability pension benefit from multidisciplinary pain treatment? Pain. 1998;77(3):279-87.
23. Becker N, Sjøgren P, Bech P, Olsen AK, Eriksen J. Treatment outcome of chronic non-malignant pain patients managed in a danish multidisciplinary pain centre compared to general practice: a randomised controlled trial. Pain. 2000;84(2-3):203-11.
24. Dersh J, Polatin PB, Leeman G, Gatchel RJ. The management of secondary gain and loss in medicolegal settings: strengths and weaknesses. J Occup Rehabil. 2004;14(4):267-79.
25. Atlas SJ, Tosteson TD, Hanscom B, Blood EA, Pransky GS, Abdu WA, et al. What is different about workers' compensation patients? Socioeconomic predictors of baseline disability status among patients with lumbar radiculopathy. Spine. 2007;32(18):2019-26.
26. Kwan O, Ferrari R, Friel J. Tertiary gain and disability syndromes. Med Hypotheses. 2001;57(4):459-64.
27. Kwan O, Friel J. Clinical relevance of sick role and secondary gain in the treatment of disability syndromes. Med Hypotheses. 2002;59(2):129-34.
28. Sullivan M. Exaggerated pain behavior: by what standard? Clin J Pain. 2004;20(6):433-9.
29. Baril R, Clarke J, Friesen M, Stock S, Cole D; Work-Ready Group. Management of return-to-work programs for workers with musculoskeletal disorders: a qualitative study in three Canadian provinces. Soc Sci Med. 2003;57(11):2101-14.

30. Adams JH, Williams AC. What affects return to work for graduates of a pain management program with chronic upper limb pain? *J Occup Rehabil.* 2003;13(2):91-106.
31. Takahashi MABC, Canesqui AM. Pesquisa avaliativa em reabilitação profissional: a efetividade de um serviço em desconstrução. *Cad. Saúde Pública.* 2003;19(5):1473-83.
32. Swartzman LC, Teasell RW, Shapiro AP, McDermid AJ. The effect of litigation status on adjustment to whiplash injury. *Spine.* 1996;21(1):53-8.
33. Niemistö L, Rissanen P, Sarna S, Lahtinen-Suopanki T, Lindgren KA, Hurri H. Cost-effectiveness of combined manipulation, stabilizing exercises, and physician consultation compared to physician consultation alone for chronic low back pain: a prospective randomized trial with 2-year follow-up. *Spine.* 2005;30(10):1109-15.
34. Kumar S. Disability, injury and ergonomics intervention. *Disabil Rehabil.* 2001;23(18):805-14.