

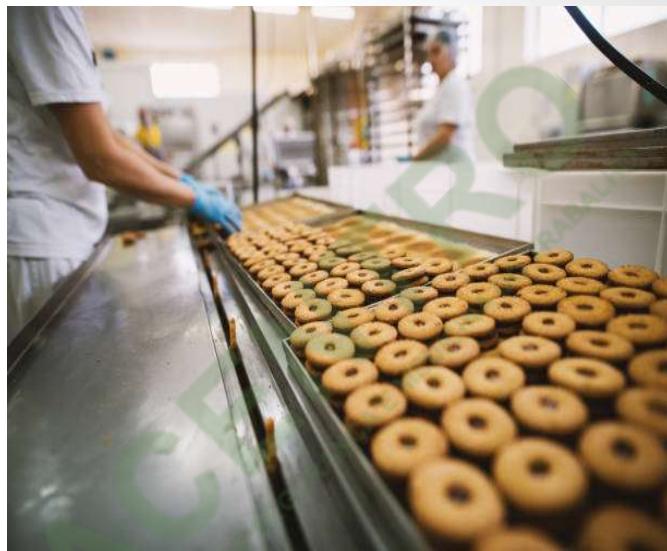
LER / DORT

Como superar o abismo entre o conhecimento e as ações de prevenção?

Dia Internacional de Prevenção das LER/DORT – Fundacentro SP

Mara Takahashi

28/02/2023



Programa de RP: 2004 a 2014

"Reabilitação Profissional para trabalhadores adoecidos por LER/DORT articulada às ações assistenciais e de vigilância em Saúde do Trabalhador"

Financiamento do Ministério da Saúde com contrapartida Secretaria de Saúde de Piracicaba.

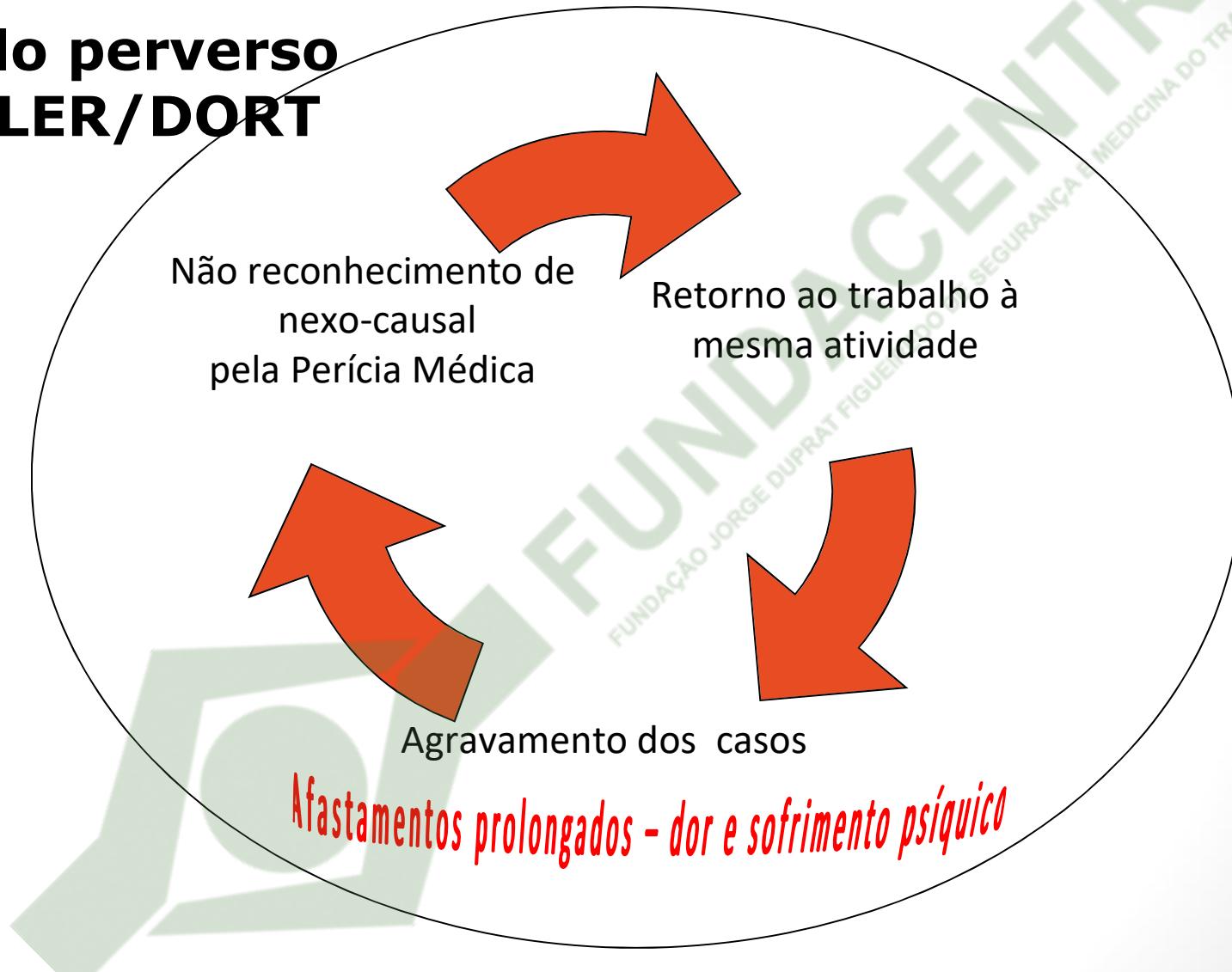
Equipe técnica – Médica do Trabalho, Socióloga, Psicóloga, Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional

Objetivos:

1. Intervir, por meio de programa terapêutico, nos aspectos físicos, psíquicos e sociais que interagem na incapacidade para o trabalho de trabalhadores que sofreram acidentes de trabalho ou doenças relacionadas ao trabalho
2. Agir nos determinantes do adoecimento-acidente presentes nas atividades de trabalho das 20 empresas com maior número de casos
3. Identificar postos de trabalho compatíveis para os trabalhadores, ao final do programa, por ocasião do retorno ao trabalho.

Situação encontrada

Ciclo perverso da LER/DORT



Concepção teórica: **Modelo Social da Incapacidade**

1. Pressupostos:

- A incapacidade para o trabalho decorrente das LER/DORT não é um fenômeno biológico individual, é consequência dos modelos capitalistas de organização do trabalho geradores do desgaste dos trabalhadores – doenças e acidentes de trabalho
- No processo individual de incapacitação interagem aspectos físicos, afetivos e sociais que demandam uma atenção terapêutica interdisciplinar
- Princípio fundamental: não retornar as mesmas atividades que causaram o adoecimento

Vigilância e Intervenção – Empresa de biscoitos

- ✓ TAC finalizado com o MPT - critérios biomecânicos e recomendações de treinamento para posturas corretas dos trabalhadores
- ✓ Processo de intervenção em andamento do MTE/CEREST- Piracicaba, inspeções e autuações das duas instituições com base na NR 17 e outras
- ✓ Baixo impacto nas ações de mudança: o programa mais aposentou trabalhadores do que reabilitou para o retorno ao trabalho, ainda que houvesse a preocupação com a reabilitação para as atividades de vida diária dos aposentados

Vigilância e Intervenção

- ✓ Duração de programa longa, para além do programa terapêutico, devido a permanência na empresa dos fatores organizacionais causais de adoecimento
- ✓ Desconstrução técnica e ideológica da “sala de pano” – depositário de trabalhadores adoecidos, forte conteúdo de exclusão e assédio moral
- ✓ Desconstrução da visão de senso comum sobre trabalho leve, em geral, trabalho com restrições (execução dependente de ajuda de outros trabalhadores) ou trabalho esvaziado de sentido
- ✓ Resistência para oferecimento de funções administrativas / Concurso interno/ ideologia do capacitismo e meritocracia
- ✓ Estratégia: busca de funções para retorno nas franjas da produção como a qualidade e pequenos almoxarifados que davam suporte ao processo produtivo

Vigilância e Intervenção

- ✓ Reuniões de discussão com os gestores, ambulatório médico, Engenharia de Segurança e supervisores da produção , com participação ativa do Sindicato da Alimentação de Piracicaba
- ✓ Mapeamento dos setores e postos mais críticos
- ✓ Foco principal: eliminação do côro

2ª fase – ressignificação dos objetivos (Incorporação técnica do Modelo de Sherbrooke)

- Ampliação de novos agravos – transtornos psíquicos relacionados ao trabalho e acidentes de trabalho
- Prevenção da incapacidade permanente – identificação precoce dos casos

Principais dificuldades:

- Presenteísmo – agravamento dos casos
- Dificuldades de compatibilização da lógica do cuidado do SUS com a lógica da reparação de danos do INSS
- Necessidade de caracterização da lesão para obter afastamento – indústria dos exames de imagem

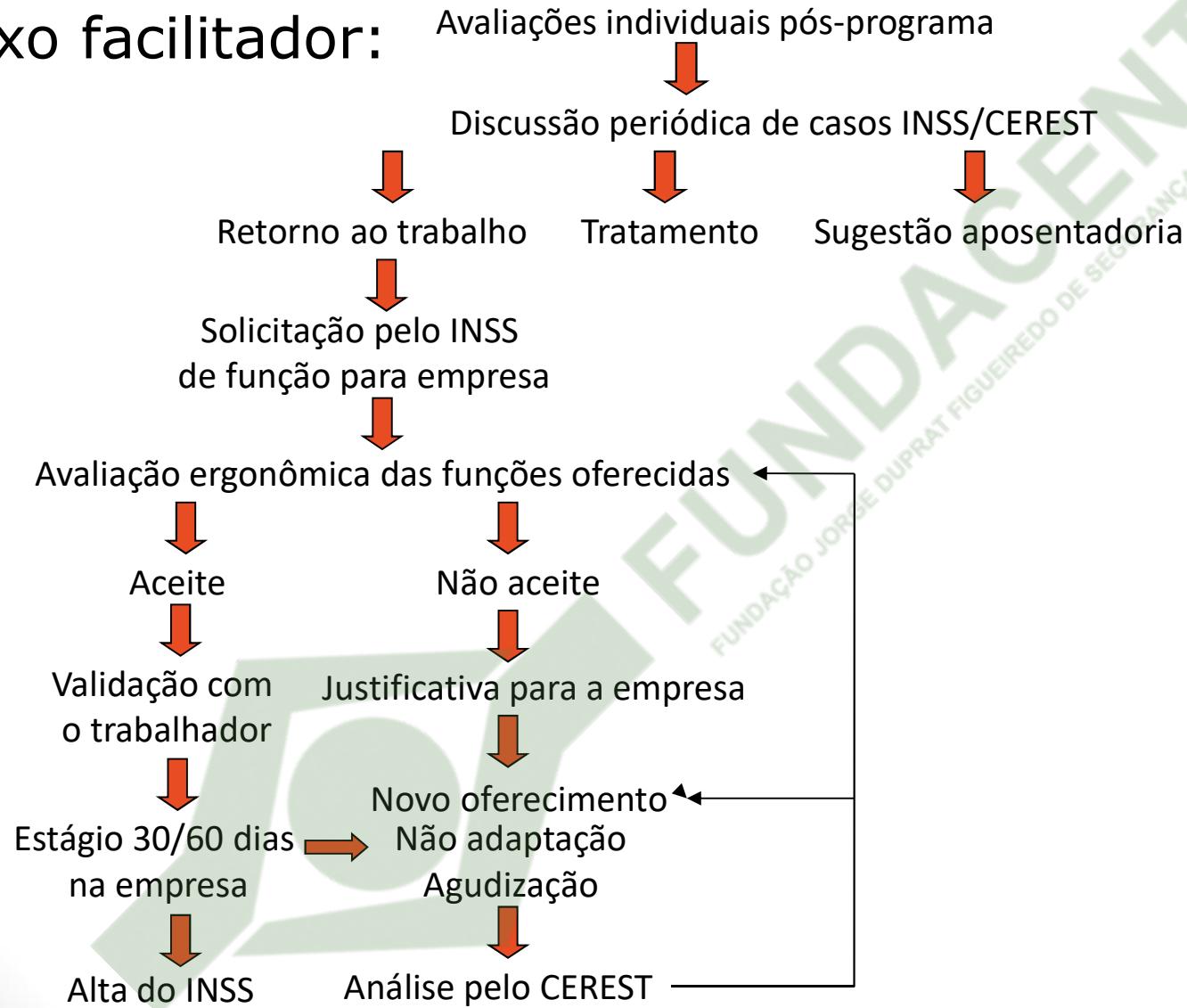
Resultados – Indivíduo

- Redução das queixas dolorosas em grande parte dos pacientes
- Re-aquisição da motricidade que os pacientes acreditavam ter perdido
- Resgate da autoestima
- Ressignificação do processo social de adoecimento
- Empoderamento e amenização dos processos de identificação com o papel de inválido
- Participação efetiva do trabalhador na validação da sua função de retorno
- Porcentagem de retorno por volta de 30% - compatível com a literatura internacional

Resultados – Coletivo

- Reconhecimento pela empresa dos fatores organizacionais como determinantes do adoecimento
- Implantação de medidas corretivas nas linhas de produção por meio de um novo TAC /MPT – pressão da gestão local na matriz nos EUA
- Oferecimento de funções adequadas aos princípios de compatibilidade exaustivamente negociados com a empresa
- Implementação de uma Política de Reabilitação pela empresa e contratação de uma ergonomista para assessorar o SESMT e outros departamentos
- Estudo de funções compatíveis para trabalhadores reabilitados e contratados por Lei de Cotas - eliminação da sala de pano como depositário de trabalhadores adoecidos
- Fluxo facilitador de retorno ao trabalho entre a empresa e o INSS com a mediação do CEREST e do Sindicato da Alimentação
- **Diminuição dos casos de maior gravidade muito presentes na fase inicial do programa**

Fluxo facilitador:



Resultados – Parceria Interinstitucional

- Transferência de tecnologias de avaliação da incapacidade e análise ergonômica do trabalho para a empresa, o sindicato e o INSS
- Compreensão do referencial teórico do modelo social de incapacidade
- Reuniões sistemáticas entre as equipes CEREST e INSS, para estabelecer procedimentos técnicos de consenso na condução dos casos
 - Participação ativa dos sindicatos
 - Consolidação da parceria com o Ministério do Trabalho e Emprego, Fundacentro e Ministério Público do Trabalho (interdisciplinaridade saindo do discurso)
 - Fortalecimento da Reabilitação Profissional no município como política pública de Estado

Reestruturação Produtiva -2016

- Robotização - eliminação do côro - ramais de retirada automatizada dos biscoitos
- Programas de *layoff*, pdv(s) e demissões de trabalhadores
- Crítica do sindicato que atribuía a robotização à intervenção do CEREST - Piracicaba:

“Era melhor quando a Dra. Ecléa afastava, a equipe cuidava e o trabalhador voltava ao trabalho, pelo menos eles tinham um emprego” (fala do sindicalista)

- Mudanças no INSS ,metas de produção para a equipe de RP
- Decisões unilaterais de retorno ao trabalho pelo INSS para abreviar o tempo de programa
- Oferecimento de cursos de profissionalização com “morte súbita”, alta do programa sem negociação de retorno ao trabalho
- Término do Programa de Reabilitação em 2016 e nossas aposentadorias em 2017

Referências

- TAKAHASHI, MABC.; Simonelli, AP ; Sousa, HP ; MENDES, RWB. ; ALVARENGA, MV. *Programa de Reabilitação Profissional para trabalhadores com incapacidades por LER/DORT: relato de experiência do CEREST-Piracicaba, SP.* Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, v. 35, p. 100-111, 2010.
- TAKAHASHI, MABC.; MENDES, TT. ; RODRIGUES, DS. ; BRAVO, ES. ; Simonelli, AP . *Agir articulado entre atenção, reabilitação e prevenção em Saúde do Trabalhador: a experiência do CEREST-Piracicaba.* Rede de Estudos do Trabalho - RET, v. V, p. 116/08-138, 2011.
- TAKAHASHI, MABC.; MENDES, TT. ; RODRIGUES, DS. ; BRAVO, ES. ; Sousa, HP ; BONEQUINI, RL. *Interdisciplinaridade e interinstitucionalidade: estudos de casos sobre diferentes desfechos do programa de reabilitação profissional do CEREST-Piracicaba.* In: Ângela Paula Simonelli; Daniela da Silva Rodrigues. (Org.). *Saúde e Trabalho em debate: velhas questões novas perspectivas.* 1^aed. Brasilia: Paralelo 15, 2013, v. 1, p. 409-440.