



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

DANIELLE CONSTÂNCIA FELICIO MACEDO

**REINSERÇÃO NO TRABALHO: ESTUDO DO FENÔMENO
EM UMA INSTITUIÇÃO FEDERAL DE ENSINO SUPERIOR**

VITÓRIA

2019

DANIELLE CONSTÂNCIA FELICIO MACEDO

**REINSERÇÃO NO TRABALHO: ESTUDO DO FENÔMENO
EM UMA INSTITUIÇÃO FEDERAL DE ENSINO SUPERIOR**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutor em Psicologia, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Priscilla de Oliveira Martins Silva.

VITÓRIA
2019

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de
Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

M141r Macedo, Danielle Constancia Felicio, 1985-
Reinserção no trabalho: : estudo do fenômeno em uma
Instituição Federal de Ensino Superior / Danielle Constancia
Felicio Macedo. - 2019.
270 f. : il.

Orientadora: Priscilla de Oliveira Martins Silva.
Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade Federal do
Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

1. Serviços de saúde ocupacional. 2. Promoção da saúde no
ambiente de trabalho. 3. Reabilitação profissional. 4. Serviço
público. 5. Abordagem interdisciplinar do conhecimento. 6.
Terapia ocupacional. I. Martins Silva, Priscilla de Oliveira. II.
Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências
Humanas e Naturais. III. Título.

CDU: 159.9

**REINSERÇÃO NO TRABALHO: ESTUDO DO FENÔMENO
EM UMA INSTITUIÇÃO FEDERAL DE ENSINO SUPERIOR**

DANIELLE CONSTÂNCIA FELICIO MACEDO

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Psicologia.

Aprovada em 31 de maio de 2019, por:

Profa. Dra. Priscilla de Oliveira Martins da Silva
Orientadora, PPGP/UFES

Prof. Dr. Thiago Drumond Moraes
PPGP/UFES

Profa. Dra. Mônica de Fátima Bianco
PPGAdm/UFES

Profa. Dra. Tânia Lucia Hirochi
EEFFTO/UFMG

Profa. Dra. Daisy Cunha Moraes
FAE/UFMG

(...) eu ia pedir pra sair da [IFES], “eu não aguento outra vez” (...) temos que ser respeitados (...) principalmente se tem um laudo (...). Eu falei: “eu vou contribuir um dia pra que essa história não continue com outros que estão chegando ou que venha a ter o mesmo tipo de problemas”.
(servidor com laudo restritivo, participante S7)

(...) nós somos muitos cobrados (...) temos que sempre estar aptas para o trabalho. Então uma vez que eu sou exigente comigo mesma (...) eu acabo sendo exigente com o outro também. (...) “se pra fulano foi assim, se pra mim foi assim, porque que pra fulano vai ser desse jeito?”. (...) eu escutei nesse processo dela alguém verbalizando, com muita euforia: “quando eu tive tal problema de saúde, eu tive que trabalhar do mesmo jeito” (...) “o que eu passei, como é que o outro não passa?” (...).
(servidor colega, participante C4)

(...) talvez, esse trabalho, consiga enxergar dois mundos que não se falam...
(servidor gestor, participante G2)

AGRADECIMENTOS

Nas próximas linhas enumero as pessoas que contribuíram com este trabalho, para com as quais tenho profundo sentimento de gratidão.

Aos participantes desse trabalho: aos servidores pela confiança e entrega ao expor suas vivências e fragilidades; aos terapeutas ocupacionais, pelo empenho, disponibilidade e tempo dedicado a esta pesquisa. À Júnia Cordeiro pelo incansável e irrestrito auxílio na divulgação em âmbito nacional desta pesquisa.

À minha orientadora, Priscilla de Oliveira Martins da Silva, pela disponibilidade e desprendimento em partilhar conhecimentos, pelo zelo e precisão em cumprir compromissos, pela qualidade e clareza das orientações, pela atenção e acolhimento frente às minhas demandas pessoais ocorridas no decorrer do trabalho.

Ao corpo docente, discente e aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo. Ao professor Thiago Drumond pelo conhecimento inspirador e escuta generosa. À Cynthia Perovano, Andréia Silva e Antônio pela presteza e gentileza em atender minhas demandas.

Às minhas chefias Catarina e Regina, bem como demais gestores com quem tive contato, pelas autorizações concedidas e, principalmente, pela confiança e incentivo. Aos meus colegas de trabalho pelo apoio e compreensão em momentos de presença restrita para possibilitar maior dedicação a esse trabalho. À Mariana, Luciana e Cíntia pela colaboração ativa em etapas densas deste trabalho.

Aos amigos que se fizeram presentes em desafios específicos dessa jornada, em especial: Kelly, Paula, Gabi, Ju e Dri.

Ao meu esposo Filipe, pelo amor benevolente. À família Oliveira, aos meu pais Greice e Fernando, às minhas irmãs Fer e Nati, aos meus cunhados Diego e Lucas, aos meus sobrinhos e à toda minha família – meu *ouro de mina* – pelas orações, pela presença, pela colaboração, paciência e amor.

A Deus, pelo dom da minha vida, pelo amor e pela riqueza de possibilidades do viver.

RESUMO

Macedo, D.C.F. (2019). Reinserção no trabalho: estudo do fenômeno em uma Instituição Federal de Ensino Superior (Tese de Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo.

O presente estudo elegeu como temática central a reinserção no trabalho de servidores públicos federais com algum tipo de restrição em suas atividades laborais por motivos de saúde. A restrição laboral permeia o complexo espectro das capacidades e das incapacidades de uma pessoa para a execução de suas atribuições no âmbito do trabalho. O objetivo geral dessa pesquisa foi investigar sob a luz dos referenciais teóricos da ergologia, da ergonomia da atividade e em conformidade com os pressupostos da Classificação Internacional de Incapacidade, Funcionalidade e Saúde (CIF), o processo da reinserção de servidores com restrições laborais. Os objetivos específicos envolveram: (a) investigar a presença e a caracterização de queixas relacionadas a problemas no trabalho documentadas no prontuário de servidores de uma instituição federal de ensino da região sudeste, considerando os capítulos da CID 10 que geraram maior quantitativo de dias de afastamentos do trabalho em 2015; (b) descrever o perfil desses servidores no que se refere a: sexo, idade, estado civil, escolaridade, cargo, tempo de afastamento, tempo de trabalho na instituição, presença de comorbidades, presença de laudo restritivo, referência à remoção, além do número de queixas relacionadas ao trabalho; (c) descrever o processo de reinserção de servidores públicos federais com restrição laboral na perspectiva de servidores com laudo, colegas e chefias de pessoas nessa condição; (d) explorar à luz da ergologia as dramáticas do uso de si, os debates de normas, valores e saberes no cenário da reinserção laboral, identificando pontos de articulação e de contribuição dos saberes da CIF e da ergonomia da atividade; (d) identificar, em conformidade com a CIF, os facilitadores e as barreiras percebidas processo de reinserção de servidores públicos federais com restrição laboral na perspectiva de servidores com laudo, colegas e chefias de pessoas nessa condição; (e) propor o formulário “Análise da Performance no Trabalho” para a avaliação complementar do desempenho do trabalhador frente as demandas de sua atividade de trabalho; (f) apresentar a implantação de ações de Reabilitação Funcional em uma Instituição Federal de Ensino Superior da região Sudeste. As temáticas atitudes e relacionamento interpessoal foram as de maior densidade encontrada nos resultados dessa tese. Foram identificadas situações em que tanto a licença saúde como a solicitação de remoção revelaram um complexo sintoma institucional de insuficiência de recursos materiais e humanos para uma abordagem resolutiva e precoce diante de processos de sofrimento e de queixas relacionadas ao trabalho manifestadas pelos servidores. Os servidores com laudo restritivo apresentaram maior número de queixas relacionadas ao trabalho e maior número de dias de afastamento para tratamento da própria saúde. Nesse contexto multifacetado das realidades do trabalho, o debate acerca das exigências de produtividade e da capacidade laborativa mobiliza profissionais da ST a analisar estratégias para a superação de desafios vivenciados na manutenção pertinente, segura e responsável de pessoas com algum tipo de restrição laboral no sistema produtivo.

Palavras-chave: saúde do trabalhador; setor público; reinserção no trabalho.

ABSTRACT

Macedo, D.C.F. (2019). Reinsertion at work: study of the phenomenon in a Federal Higher Education Institution. Doctoral Degree Thesis. Psychology Post Graduation Program. Vitória: Federal University of Espírito Santo.

The present study chose as central theme the reinsertion in the work of federal public servants with some type of restriction in their work activities due to health reasons. Restriction of work permeates the complex spectrum of a person's abilities and incapacities to perform their duties within the scope of work. The aim of this work was to investigate in the light of the theoretical references of ergology, the ergonomics of the activity and in accordance with the assumptions of the International Classification of Disability, Functionality and Health (CIF), the process of reinsertion of servers with labor restrictions. The specific objectives involved: (a) to investigate the presence and characterization of complaints related to work problems documented in the records of server of a Federal Higher Education Institution in Brazil's Southeast Region, considering the chapters of ICD 10 that generate a greater number of leave days of work in 2015; (b) describe the profile of these servers with regard to: sex, age, marital status, schooling occupation, time of absence, working time in the institution, presence of comorbidities, presence of restrictive report, reference to removal, besides number of work-related complaints; (c) describe the process of reinsertion of federal public servants with work restrictions from the perspective of servants with reports, colleagues and heads of persons in this condition; (d) explore in the light of ergology the dramatic use of self, the debates of norms, values and knowledge in the scenario of labor reintegration, identifying points of articulation and contribution of knowledge of the CIF and the ergonomics of the activity; (e) identify, in accordance with the CIF, the facilitators and perceived barriers to the process of reinsertion of federal public servants with work restrictions from the perspective of servants with reports, colleagues and heads of persons in that condition; (f) propose the use of the "Work Performance Analysis" for the complementary evaluation of the worker's performance against the demands of his/her work activity; (g) present the implementation of functional rehabilitation actions in a Federal Higher Education Institution in Brazil's Southeast Region. The thematic attitudes and interpersonal relationships were the ones with the highest density found in the results of this thesis. Situations were identified in which both the health license and the request for removal revealed a complex institutional symptom of insufficient material and human resources for a resolute and early approach to the suffering processes and work-related grievances manifested by the employees. The servers with a restrictive report had a higher number of complaints related to work and a greater number of days of leave to treat their own health. In this multifaceted context of work realities, the debate about the demands of productivity and work capacity mobilizes TS professionals to analyze strategies to overcome the challenges experienced in the relevant, safe and responsible maintenance of people with some kind of work restriction in the productive system .

Keywords: occupational health; public sector; reinsertion at work.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	15
1. INTRODUÇÃO.....	18
1.1 Panorama nacional dos afastamentos do trabalho de servidores públicos de instituições federais de ensino.....	24
1.2 O mundo do trabalho, suas implicações no campo da Saúde do Trabalhador e particularidades do trabalho no serviço público.....	41
1.3 A Classificação Internacional de Incapacidade, Funcionalidade e Saúde.....	46
1.4 A reinserção no trabalho: a contribuição da Ergonomia e da Ergologia no cenário das Clínicas do Trabalho.....	51
2. OBJETIVOS.....	64
2.2. Objetivo geral.....	64
2.2. Objetivos específicos.....	64
3. MÉTODO, RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	66
3.1 O processo de reinserção laboral e a Saúde do Trabalhador: principais etapas e fatores envolvidos.....	66
3.1.1 Estudo 1.....	66
3.1.2 Estudo 2.....	107
3.1.2 Estudo 3.....	159
3.2 Propostas de intervenção no cenário da reinserção laboral.....	174
3.1.4 Estudo 4.....	174
3.1.5 Estudo 5.....	190
4. DISCUSSÃO GERAL.....	207
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	213
REFERÊNCIAS.....	217
ANEXOS	227
APÊNDICES.....	232

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição das IES, por tipo.....	26
Tabela 2. Distribuição do total de servidores/casos afastados e dias de afastamentos, no período de janeiro de 2013 a julho de 2017, por tipo de IES	27
Tabela 3. Distribuição dos servidores e dias de afastamento, por ano de realização da perícia	27
Tabela 4. Distribuição do número de servidores/caso, dias de afastamento e média de dias de afastamento, nos anos de 2013 a 2017, por capítulos da CID10	30
Tabela 5. Distribuição dos dias de afastamentos, por capítulos da CID 10 e ano de concessão do afastamento.....	32
Tabela 6. Média dos dias de afastamento, por servidor/caso afastado, separado por capítulos da CID10 e ano de perícia.....	33
Tabela 7. Distribuição dos dias de afastamentos, no período de 2013 a julho de 2017, considerando os 50 cargos com mais dias de afastamentos	35
Tabela 8. Distribuição das perícias e dias de afastamentos, por níveis de cargo	38
Tabela 9. Distribuição dos dias de afastamentos, por capítulos da CID10 e Nível do Cargo do periciado.....	40
Tabela 10. Conceitos CIF	48
Tabela 11. Distribuição dos servidores quanto às características sócio-demográficas	71
Tabela 12. Distribuição dos dias de afastamentos e servidores afastados, por categorias da unidade de administração	72
Tabela 13. Estatística descritiva da idade dos servidores (em anos) e tempo de trabalho na IFES (em anos)	73
Tabela 14. Distribuição dos servidores, por quantidade de queixas.....	74
Tabela 15. Estatísticas descritivas dos dias de afastamentos referentes às queixas relacionadas ao trabalho	74
Tabela 16: Valores de total de queixas, número de dias afastamento quando houve queixa relacionada ao trabalho, número de afastamentos quando houve queixa relacionada ao trabalho e total de dias de afastamento, por referência à remoção.....	75

Tabela 17: Valores de total de queixas, número de dias afastamento quando houve queixa relacionada ao trabalho, número de afastamentos quando houve queixa relacionada ao trabalho e total de dias de afastamento, por laudo restritivo	76
Tabela 18: Análise 1: Adoecimento do servidor e o contexto do trabalho: queixas, sintomas e alterações comportamentais, visão geral dos eixos temáticos e categorias.....	78
Tabela 19: Eixo temático 1, Saúde Mental.....	79
Tabela 20: Eixo temático 2, Saúde Física	80
Tabela 21: Eixo temático 3, Queixas inespecíficas ou mistas.....	81
Tabela 22: Processo de retorno ao trabalho.....	82
Tabela 23: Análise 2: Adversidades no contexto do trabalho e a saúde do trabalhador: fatores institucionais e interpessoais, visão geral dos eixos temáticos, categorias e subcategorias	84
Tabela 24: Eixo Temático 1, “Dinâmica organizacional: as rotinas, as normas e o servidor”; Categoria “Estruturação do trabalho, cargos e funções”	86
Tabela 25: Eixo Temático 1, “Dinâmica organizacional: as rotinas, as normas e o servidor”; Categoria “Avaliação do Estágio Probatório e o sentir-se acuado”	87
Tabela 26: Eixo Temático 1, “Dinâmica organizacional: as rotinas, as normas e o servidor”; Categoria “Alterações na distribuição de pessoal: Remoção e remanejamento”	88
Tabela 27: Eixo Temático 2, “Processo de Comunicação entre Gestores e Servidores”; Categoria “Pontos Vulneráveis no processo de comunicação”	90
Tabela 28: Eixo Temático 2, “Processo de Comunicação entre Gestores e Servidores”; Categoria “Configuração do Diálogo servidor-chefia”	91
Tabela 29: Eixo Temático 3, “Adversidades no trabalho”; Categorias “Registros e relatos gerais ou pouco específicos de problemas no trabalho” e “Desesperança e condutas extremas”	92
Tabela 30:Eixo Temático 3, “Adversidades no trabalho”; Categorias “Irritabilidade percebida no trabalho”, “Pressão e estresse percebidos no trabalho” e “Incapacidade percebida pelo servidor para realizar o trabalho”	92
Tabela 31: Eixo Temático 3, “Adversidades no trabalho”; Categoria “Sobrecarga percebida no trabalho”	93
Tabela 32: Eixo Temático 3, “Adversidades no trabalho”; Categoria “Relacionamento interpessoal e situações de conflito no trabalho”	94

Tabela 33: Eixo Temático 3, “Adversidades no trabalho”; Categorias “Opressão, injustiça, assédio moral e desrespeito percebidos no trabalho” e “Desvalorização percebida no trabalho”.....	95
Tabela 34: Eixo Temático 3, “Adversidades no trabalho”; Categorias “Receio de ser estigmatizado por sua condição de saúde”, “Condições de trabalho e segurança” e “Procura ao SST para registro de ocorrências e busca de ajuda para problemas no trabalho”	96
Tabela 35: Eixo Temático 4, “Relações de cooperação no trabalho”; Categoria “Presença de compreensão e suporte para com o servidor”	96
Tabela 36: Perfil da amostra de entrevistados	111
Tabela 37: Eixo Temático 1 “Afastamento e expectativas do retorno ao trabalho”; Categoria “Afastamento: significados e desdobramentos”	114
Tabela 38: Eixo Temático 1 “Afastamento e expectativas do retorno ao trabalho”; Categoria “Descrição do contexto do adoecimento ligado ao trabalho”	116
Tabela 39: Eixo Temático 1 “Afastamento e expectativas do retorno ao trabalho”; Categoria “Expectativa do retorno ao trabalho”	118
Tabela 40: Eixo temático 2 “Conhecimento do laudo pela chefia e pelos colegas”	120
Tabela 41: Eixo temático 2 “Conhecimento do laudo pela chefia e pelos colegas”	121
Tabela 42: Eixo temático 3 “O trabalho e a restrição laboral: primeiros impactos”; Categoria “Experiência de receber um laudo restritivo”	125
Tabela 43: Eixo temático 3 “O trabalho e a restrição laboral: primeiros impactos”; Categoria “Percepções sobre a restrição laboral, fatores e atitudes individuais do servidor, colegas e chefias”	129
Tabela 44: Eixo temático 3 “O trabalho e a restrição laboral: primeiros impactos”; Categoria “O ser produtivo”	133
Tabela 45: Eixo temático 3 “O trabalho e a restrição laboral: primeiros impactos”; Categoria “Sentimentos”	135
Tabela 46: Eixo temático 4 “O trabalho e a restrição laboral: vivências cotidianas e aspectos práticos”; Categoria “Retorno ao trabalho após a emissão do laudo restritivo” ...	137
Tabela 47: Eixo temático 4 “O trabalho e a restrição laboral: vivências cotidianas e aspectos práticos”; Categoria “Interpretações do laudo e condutas dos envolvidos”	140
Tabela 48: “O trabalho e a restrição laboral: vivências cotidianas e aspectos práticos”; Categoria “Definição da atividade de trabalho e adaptações”	146

Tabela 49: “O trabalho e a restrição laboral: vivências cotidianas e aspectos práticos”; Categoria “Troca de setor ligada ao processo de adoecimento e ao cumprimento do laudo”	150
Tabela 50: Facilitadores e as barreiras percebidas nos processos de reinserção analisados	172
Tabela 51: Discordância quanto à manutenção dos itens b1646 e d175	183
Tabela 52: Discordância quanto à manutenção dos itens b1641 e d230	184

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Percentual dos servidores/casos afastados e dos dias de afastamentos, por capítulo da CID10, considerando o total observado, no período de 2013 a 2017	31
Figura 2: Distribuição do percentual de dias de afastamento, por níveis de cargo	39
Figura 3: O modelo da CIF: interação dos componentes da CIF	50
Figura 4: Visão geral da CIF	50

LISTA DE ABREVIATURAS

A1/A2	Análise 1, Análise 2
AC	Análise de Conteúdo
APT	Análise da Performance no Trabalho
CID 10	Classificação Internacional de Doenças
CIF	Classificação Internacional de Incapacidade, Funcionalidade e Saúde
EA	Ergonomia da atividade
IES	Instituição de Ensino Superior
IFES	Instituição Federal de Ensino Superior
LTS	Licença de Tratamento de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
RJU	Regime Jurídico Único
SIASS	Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal
SST	Serviço de Saúde do Trabalhador

APRESENTAÇÃO

As experiências da pesquisadora no setor privado e, mais recentemente, no setor público no campo da Saúde do Trabalhador (ST) mobilizaram a definição do objeto de estudo dessa pesquisa: a reinserção no trabalho de pessoas com restrição laboral por motivo de saúde. A diversidade e a complexidade das variáveis envolvidas no processo da reinserção desvelam a pertinência de sua condução envolver o trabalho de equipes interdisciplinares em programas de acolhimento e acompanhamento de pessoas com alguma restrição por motivo de saúde no cenário do trabalho e do trabalhar. Trata-se de processos de adoecimento que acarretam mudanças na saúde e na funcionalidade de trabalhadores. Nesse contexto, surgem demandas específicas, tais como: decidir se o retorno ao trabalho de um trabalhador em licença médica será para o setor de origem ou para outro setor; se ocorrerá para as mesmas atividades de trabalho ou para novas atividades; se com ou sem adaptações que favoreçam a segurança e o desempenho do trabalhador e que valorizem suas competências e capacidades remanescentes.

O processo da reinserção requer dos envolvidos a complexa definição do que um trabalhador pode ou não pode realizar no trabalho, respeitando sua condição de saúde, riscos próprios do ambiente ou de sua atividade, bem como as demandas de produtividade do setor. Há vários pontos críticos que merecem atenção e desafiam, de forma recorrente, as práticas de reinserção de pessoas com algum tipo de restrição laboral que interferem em seu desempenho no trabalho. Por exemplo, os laudos médicos periciais são redigidos, de modo geral, com dizeres sucintos, contendo por vezes termos técnicos que podem não ser claramente entendidos por outros profissionais da instituição empregadora (ex: profissionais do setor de recursos humanos, chefias e o próprio trabalhador). Via de regra, os laudos dizem de “restrições” de movimentos corporais ou de situações de trabalho e tarefas que o trabalhador deve evitar ou não

desempenhar. No entanto, o cumprimento dessas restrições pode não ser alcançado no momento em que se define o que, de fato, o trabalhador executará ou não no rol das atribuições de seu cargo para seguir as restrições. E ainda, não raro, percebe-se a desvalorização do trabalhador pela equipe da qual ele faz parte e a sua desmotivação diante dos limites na execução modificada das atividades laborais.

Desde o ingresso no serviço de atenção à saúde do trabalhador de uma instituição federal de ensino (SST/IFES) no ano de 2015, a pesquisadora tem participado de ações de reinserção no trabalho de servidores da referida IFES. Particularmente os desafios vivenciados para o aprimoramento e a institucionalização dessas ações, bem como para se alcançar melhor efetividade de suas práticas junto às demandas dos servidores, motivaram o desenvolvimento do presente trabalho.

Esta tese está estruturada no formato de cinco estudos. A sessão 1 apresenta a introdução do tema de pesquisa, sua relevância e os principais conceitos e referenciais teóricos norteadores desse trabalho, abarcando o escopo teórico e introdutório de seus cinco estudos. A questão central abordada nesta tese trata da reinserção no trabalho de servidores públicos federais com algum tipo de restrição em suas atividades laborais por motivos de saúde. A restrição laboral permeia o complexo espectro das capacidades e das incapacidades de uma pessoa para a execução de suas atribuições no âmbito do trabalho. O foco da tese consiste, desse modo, em explorar realidades vivenciadas por servidores federais cujo processo de adoecimento acarretou mudanças em sua condição de saúde e funcionalidade de modo a impactar no cenário do trabalho. A sessão 2 destina-se a apresentação do objetivo geral da tese e dos objetivos específicos, que perfazem os 5 estudos produzidos neste trabalho.

A sessão 3 apresenta os métodos e procedimentos de coleta de dados utilizados nesta tese, bem como seus os resultados e discussões. Tal apresentação está organizada

nos cinco estudos que compõe esta tese, sendo esses agrupados em dois tópicos. O primeiro tópico reúne os estudos que contemplaram o mapeamento e a exploração do fenômeno da reinserção e foi intitulado “O processo de reinserção laboral e a Saúde do Trabalhador: principais etapas e fatores envolvidos” abarcando os estudos 1, 2 e 3; o segundo tópico aborda mais diretamente elementos da prática em Saúde do Trabalhador sendo intitulado “Propostas de intervenção no cenário da reinserção laboral” e apresenta os estudos 4 e 5.

Os estudos 1, 2, 3 e 4 apresentam as sessões: método, resultados, discussão e considerações finais. Tais sessões são precedidas por uma contextualização específica referente ao objetivo de cada estudo, uma vez que as proposições conceituais e teóricas dos cinco estudos encontram-se vinculadas ao conteúdo apresentado nos capítulos introdutórios da tese. O estudo 5 está no formato de artigo completo aceito para publicação na Revista Brasileira de Saúde Ocupacional em 25 de janeiro de 2019. Desse modo, a formatação desse estudo segue normas específicas da revista.

Por fim, apresentam-se na sessão 4 a discussão dos estudos desenvolvidos e na sessão 5 as considerações finais do presente trabalho retomando a sua problemática central, as principais contribuições e limites desta tese. Na última sessão encontram-se as referências bibliográficas citadas, seguida dos anexos e apêndices. Ressalta-se que essa pesquisa segue padrões éticos estabelecidos na versão de 2012 da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (*Resolução nº466, 2012*).

1. INTRODUÇÃO

A presente tese elege como temática central a reinserção no trabalho de servidores públicos federais com algum tipo de restrição em suas atividades laborais por motivos de saúde. Os servidores federais são regidos pelo Regime Jurídico Único (RJU) que, no tocante à incapacidade para o trabalho decorrente de doença, prevê licença para tratamento de saúde, licença por acidente em serviço e aposentadoria por invalidez (*Portaria nº 19, 2017*).

Nesse cenário há a possibilidade de definição de restrição de atividade laboral. O Manual de Perícia Oficial em Saúde do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (SIASS)¹ define restrição de atividade laboral como “recomendação para a não realização de uma ou mais atribuições do cargo, função ou emprego, cuja continuidade do exercício possa acarretar o agravamento da doença do servidor ou risco a terceiro” (*Portaria nº 19, 2017, p.136*). Tal condição é definida pela Perícia Oficial em Saúde e gera a emissão de um laudo restritivo. Este manual conceitua como servidor a “pessoa legalmente investida em cargo público, seja efetivo ou comissionado, nos termos da Lei nº 8.112, de 1990” (*Portaria nº 19, 2017, p.136*). Assim, no decorrer do texto será utilizada a nomenclatura servidor ou trabalhador com restrição laboral.

O SIASS prevê ações de reinserção no conceito de Reabilitação Funcional como um “processo de duração limitada, com objetivo definido, destinado a recuperar pessoa com incapacidade adquirida para alcançar níveis físicos, mentais e funcionais que possibilitem o seu retorno ao trabalho” (*Portaria nº 19, 2017*). A Sessão III, intitulada

¹ O SIASS foi estabelecido por meio do Decreto nº 6833, de 29 de abril de 2009. O SIASS tem por objetivo coordenar e integrar ações e programas nas áreas de assistência à saúde, perícia oficial, promoção, prevenção e acompanhamento da saúde dos servidores da administração federal direta, autárquica e fundacional, de acordo com a política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal, estabelecida pelo Governo.

“Reabilitação” da portaria nº 1261, da Secretaria de Recursos Humanos, de 5 de maio de 2010 do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, apresenta diretrizes e ações para nortear a composição de metodologias de trabalho e de estratégias de reabilitação, no contexto laboral dos servidores públicos federais (*Portaria nº1261, 2010*). Trabalha-se com o seguinte conceito e objetivo do que a referida portaria nomeia como reabilitação:

“Entende-se por reabilitação um conjunto de ações e intervenções que visam melhorar a reestruturação da autonomia da pessoa nas suas dimensões física, mental, social e afetiva, integrando-a nos diferentes espaços da sociedade. A reabilitação tem como objetivo diminuir ou eliminar as limitações sofridas pelo servidor para o exercício de suas atividades laborais e valorizar as capacidades e competências. I - estimular a criação de grupos de readaptação, ressocialização, apoio terapêutico e reinserção nos locais de trabalho, conforme a realidade, como forma de lidar com as demandas de reabilitação; II - prover recursos e estratégias terapêuticas que valorizem as habilidades, competências e talentos dos servidores; III - propiciar a realização de intervenções terapêuticas não medicalizantes para estabilização de quadros clínicos apresentados pelos servidores; IV - orientar e capacitar os servidores para exercerem atividades compatíveis com sua capacidade laborativa e seus interesses; e V - sensibilizar gestores para o acolhimento dos servidores no retorno ao trabalho” (*Portaria nº 1261, 2010, p.16*).

Cabe pontuar que no âmbito dos trabalhadores segurados pelo Instituto Nacional do Seguro Social tem-se normativas específicas do chamado serviço de “Reabilitação Profissional”, que consiste na “assistência educativa ou reeducativa e de adaptação ou readaptação profissional, instituída sob a denominação genérica de habilitação e reabilitação profissional, visando proporcionar aos beneficiários incapacitados parcial ou totalmente para o trabalho, em caráter obrigatório, independente de carência, e às pessoas com deficiência, os meios indicados para o reingresso no mercado de trabalho e no contexto em que vivem” (Lei n. 8213, 1991; Decreto n.3.048, 1999).

Do mesmo modo como se observa nas legislações supracitadas, ressalta-se que a literatura para referir-se aos processos de adaptação ao trabalho de pessoas com alguma redução de sua capacidade laboral, envolvendo ou não um laudo restritivo, utiliza

termos como reinserção, reabilitação, readaptação e reintegração (Alevato, 2011; Cestari & Carlotto, 2012; Vargas, Santos, Souza & Monteiro, 2017). Assim, na abordagem a tal fenômeno constata-se a ausência de rigidez terminológica, sendo esses, por vezes, utilizados como sinônimos.

Para a presente tese será utilizada predominantemente a terminologia reinserção no trabalho, reinserção laboral ou simplesmente reinserção para referir-se ao rol de diretrizes e ações acima elencadas para servidores públicos federais com as titulações “reabilitação” e “reabilitação funcional”. Tais ações de reinserção estão previstas para viabilizar a efetividade de processos de (re)adaptação ao trabalho, seja de servidores com queixas diversas relacionadas ao trabalho, independente de terem se afastado ou não, seja também, por exemplo, na (re)adaptação de servidores afastados em processo de retornar ao trabalho com restrições laborais, sendo este último o foco da presente pesquisa. Essa escolha pelo termo “reinserção” contextualiza-se também por considerar a possibilidade de entendimento inadequado da terminologia “reabilitação” ou “reabilitação funcional” como referente a ações classicamente assim nomeadas no âmbito de assistência à saúde, como técnicas aplicadas por diferentes especialidades para a recuperação de funções e estruturas do corpo² após alguma lesão ou processo de adoecimento.

Apesar da importância e da complexidade do tema, a literatura nacional é restrita em estudos que abordam a reinserção enquanto um fenômeno que convoca discussões e análises de elementos do ambiente e do contexto de trabalho na interface com os processos de adoecimento dos trabalhadores (Simonelli, Camarotto, Bravo & Vilela, 2010; Soares, 2010; Fantini, Silveira & La Rocca, 2010; Toldrá, Daldon, Santos &

² Segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, funções do corpo são as funções fisiológicas dos sistemas do corpo (inclusive funções psicológicas) e as estruturas do corpo são partes anatômicas do corpo como órgãos, membros e seus componentes.

Lancman, 2010; Alevato, 2011; Cestari & Carlotto, 2012; Santos, 2014; Vivian, 2014; Ansoleaga *et al.*, 2015; Vargas *et al.*, 2017; Caro, Arakawa & Andrade, 2018), sendo que muitas pesquisas tem contribuído com o estudo de aspectos do retorno ao trabalho cujo foco central está nas doenças e tratamentos clínicos ambulatoriais e hospitalares específicos (Donato & Zeitoune, 2006; Robinson, Okpo & Mngoma, 2015; de Boer *et al.*, 2015; Paiva *et al.*, 2016; Sibilitz *et al.*, 2016; Marin *et al.*, 2017; Hou *et al.*, 2017; Hegewald *et al.*, 2019).

Vogel *et al.* (2017) em uma revisão sistemática sobre os efeitos de programas de retorno ao trabalho analisou quatorze estudos de nove países e conclui que as evidências são limitadas sobre a eficácia de seus resultados de curto e longo prazo. Os autores recomendam maior rigor metodológico especificamente na descrição dos grupos de participantes e acreditam ser essencial integrar o local de trabalho tanto quanto possível, além de avaliar o envolvimento dos empregadores no processo de retorno ao trabalho.

A restrição laboral permeia o complexo espectro das capacidades e das incapacidades de uma pessoa para a execução de suas atribuições no âmbito do trabalho e, para esse debate, a presente pesquisa será pautada nos conceitos e pressupostos da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), considerando que se trata do padrão mundial para a conceitualização e a classificação da funcionalidade e da incapacidade, acordado pela Assembleia Mundial da Saúde em 2001 (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2013). Assim, serão utilizadas a linguagem, terminologia e o modelo de compreensão de saúde proposto pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (OMS, 2003; OMS, 2013).

As práticas de reinserção, particularmente de pessoas com restrição laboral, circunscrevem realidades multifacetadas e particulares, como aspectos clínicos (por exemplo, referentes ao processo de saúde e doença do servidor, ao correto entendimento do laudo médico) e aspectos institucionais (por exemplo, referentes ao cargo, à gestão, a variáveis do local de trabalho, bem como se há equipes técnicas e recursos envolvidos). O manejo efetivo dessa realidade, bem como de seus múltiplos e dinâmicos aspectos, desvelam a potencial (ou indispensável) contribuição de teorias científicas e filosóficas sobre o trabalho e o trabalhar (Lancman, Gonçalves, Cordone & Barros, 2013), muitas das quais, compõe o espectro das chamadas abordagens clínicas do trabalho (Bendassolli & Soboll, 2011).

Para explorar a temática dessa pesquisa entende-se a centralidade desses referenciais dado que a reinserção envolve situações desafiadoras ligadas à saúde no contexto do trabalho tais como: o cumprimento de normativas legais e institucionais ligadas à saúde do trabalhador; a definição de quais etapas do trabalho cumprem ou não a restrição laboral; a definição de qual estratégia e recursos terapêuticos pertinentes a cada caso para abordar as demandas e eventuais fragilidades e sofrimentos dos trabalhadores; como conduzir a preparação para o retorno ao trabalho e o dia a dia após o retorno; a condição da gestão local equacionar as demandas do trabalho do setor sem que haja, por exemplo, situações de risco à saúde do servidor com laudo, de aparente privilégio do mesmo frente aos colegas ou ainda de sobrecarga dos colegas. Evidencia-se assim que a natureza do processo da reinserção caracteriza a necessidade de ações interdisciplinares e também intersetoriais – a exemplo dos setores de recursos humanos e de setor de saúde do trabalhador das instituições empregadoras – e pautadas no protagonismo dos envolvidos na cena direta da reinserção laboral, isto é, o trabalhador com laudo, os colegas de trabalho e as chefias (Caro *et al.*, 2018).

Análises e intervenções realizadas na perspectiva da triangulação entre ciências da saúde e do trabalho, bem como seu alcance nos processos de reinserção possuem grande impacto para o trabalhador e para a instituição (Simonelli *et al.*, 2010), a exemplo de: auxiliar na definição de restrições; viabilizar o retorno ao trabalho com ou sem restrições; acompanhar processos de ajustamento diante da necessidade de mudança de setor; equacionar demandas de saúde e produtividade, zona limítrofe cujo desarranjo pode culminar na aposentadoria por invalidez do servidor (Fantini *et al.*, 2010). Segundo o SIASS

“a invalidez ocorre quando o servidor for acometido de uma doença que o incapacite para o desempenho das atribuições do cargo. A invalidez pode ser considerada de caráter temporário, quando há possibilidade de recuperação, após tratamento específico. Nesses casos, a junta deverá indicar um prazo para reavaliação da capacidade laborativa do servidor. A invalidez total e permanente para o trabalho é a incapacidade definitiva para o exercício do cargo, função ou emprego em decorrência de alterações provocadas por doença ou acidente com a impossibilidade de ser reabilitado, levando em conta os recursos terapêuticos e/ou tecnológicos existentes”. (Portaria nº 19, 2017, p.26).

Percebe-se então como um olhar técnico sobre a atividade de trabalho e sobre o desempenho laboral de um indivíduo pode atuar no sentido de que o retorno ao trabalho não ocorra sem condições de segurança para o trabalhador e/ou terceiros ou que ocorram aposentarias de trabalhadores que ainda poderiam contribuir com a instituição mediante um processo de reinserção adequado. Uma vez apresentada a problemática da reinserção, bem como os principais aspectos terminológicos e jurídicos envolvidos, enuncia-se que esta tese tem como objetivo investigar aspectos caracterizadores do cenário da reinserção no trabalho de servidores públicos federais com restrição laboral, discutindo-os a partir de referências da CIF, da ergonomia da atividade e da ergologia.

Os tópicos introdutórios dos cinco estudos que compõe esse trabalho estruturam-se em quatro eixos centrais: o panorama nacional dos afastamentos do trabalho de servidores públicos de instituições federais de ensino; os aspectos mundo do trabalho,

suas implicações no campo da Saúde do Trabalhador e particularidades do trabalho no serviço público; a Classificação Internacional de Incapacidade, Funcionalidade e Saúde, seus principais conceitos e prerrogativas teóricas; a contribuição da ergonomia da atividade e da ergologia nos debates acerca da reinserção no trabalho considerando o cenário das Clínicas do Trabalho. Os aspectos metodológicos definidos para a exploração dos objetivos dessa investigação foram a pesquisa documental, o uso de entrevistas semiestruturadas e da técnica *Delphi*.

1.1 Panorama nacional dos afastamentos do trabalho de servidores públicos de instituições federais de ensino

Para abordar a temática da reinserção no trabalho de servidores públicos federais com algum tipo de restrição em suas atividades laborais por motivos de saúde é importante considerar indicadores de saúde tais como índices de absenteísmo, de afastamento para Licença de Tratamento de Saúde (LTS) e concessão de aposentadorias. Oliveira, Baldaçara e Maia (2015) referem-se a um levantamento do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão realizado no ano de 2005 que registrou a proporção de aposentadorias precoces e de afastamentos do trabalho no serviço público federal em torno de 14% e os gastos para a União estimados em R\$ 300 milhões ao ano. Esse levantamento constatou que as principais causas dos afastamentos eram lesão por esforço repetitivo – LER (35%), depressão (13%) e dependência química (7%). Frente a esses indicadores expressivos, os autores fazem referência a um conjunto de medidas que estão em vias de implantação pela administração pública federal, dentre as quais se destacam políticas no sentido de buscar respaldo e melhor alcance de ações de adaptação e reabilitação profissional.

Especificamente no âmbito das IFES, Figueiredo e Avelato (2012) ao estudarem dados referentes ao afastamento de servidores técnico-administrativos no período de janeiro a dezembro de 2011 encontraram os transtornos mentais e comportamentais, principalmente depressão e síndrome do pânico, como responsáveis por 24% dos afastamentos concedidos, seguido das doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo com 16%, onde se destacaram os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT). Os autores pontuaram ainda a dificuldade de se registrar estatisticamente o absenteísmo e as pequenas licenças médicas nas IFES, num contexto em que, muitas vezes, não se documentam as faltas justificadas e abonadas diretamente pelas chefias imediatas.

Sampaio, Silveira, Parreira, Makino e Mateo (2003) investigaram as aposentadorias dos servidores da Universidade Federal de Minas Gerais no período de 1996 a 1999 tendo encontrado uma média de idade de 51 anos (DP= 9,5), sendo a idade mínima de 26 anos e a máxima de 72 anos, não se observando diferenças por sexo. O tempo médio transcorrido entre a data do primeiro afastamento e a aposentadoria do trabalhador foi de 2,5 (DP= 1,30) anos, isto é, superior a 24 meses, tempo definido pelo RJU como limite para a determinação pericial pela aposentadoria ou pelo retorno ao trabalho após esse prazo máximo de afastamento para tratamento de saúde. Além de problemas administrativos no agendamento de perícias, as autoras acreditam que os debates que se instalam em torno da possibilidade ou não de retorno ao trabalho também podem contribuir para o atraso em alguns casos.

Em busca de se obter dados nacionais recentes para compor a presente tese foram realizadas consultas ao Portal da Transparência nos anos de 2017 e 2018 (<http://www.portaltransparencia.gov.br/controleSocial/>, recuperado em 2017; 2018). A consulta solicitou o acesso a informações referentes às características dos afastamentos

do trabalho por motivo de tratamento da própria saúde e obteve-se como retorno a disponibilização de uma ampla base de dados brutos. Fornecida pelo Ministério do Planejamento, responsável pelo SIASS, a base de dados reúne informações referentes aos afastamentos de servidores lotados em 102 IES (Instituições de Ensino Superior) públicas, no período de janeiro de 2013 a julho de 2017, tais como: número de dias de afastamentos, diagnóstico e cargo. Os dados referem-se somente às perícias médicas, não incluindo os afastamentos por atestados médicos (Decreto n.7.003, 2009).

Todavia, vale pontuar que em função das limitações técnicas do extrator de dados do Ministério do Planejamento, não é possível saber o número total de servidores distintos que foram periciados, dado que servidores com o mesmo diagnóstico, idade, sexo são lançados na mesma linha em que são apresentados o conjunto de dados de afastamentos de casos com as mesmas características. Além disso, quando o diagnóstico for diferente e se afastado em anos diferentes, o mesmo servidor aparecerá em mais de uma linha. Isso significa que no banco de dados não é possível identificar as informações que se referem ao mesmo servidor, impossibilitando identificar o total de servidores envolvidos. Dessa forma, optou-se por se referir aos totais obtidos na análise através da expressão “servidor/caso”, para que não se entenda, erroneamente, como sendo o número total de servidores. Os dados são distribuídos por tipo de IES conforme descritos na Tabela 1.

Tabela 1
Distribuição das IES, por tipo

Tipo IES	N	%
CEFET	2	2,0
Fundações Universitárias	9	8,8
Institutos Federais	38	37,3
Universidades	53	52,0
Total	102	100,0

Fonte: Dados SIASS/Ministério do Planejamento

Assim, tem-se que no período empregado como referência para o estudo, as 102 IES, juntas, concederam 6.667.182 dias de afastamentos, a 229.352 servidores/caso (Tabela 2). Considerando o total de servidores/casos afastados e dias de afastamentos concedidos, no período de janeiro de 2013 a julho de 2017, nota-se que os afastamentos concedidos aos servidores do CEFET corresponderam a menos de 1% dos servidores/casos afastados e a 1,0% dos dias de afastamentos, ao passo que os servidores das Universidades, corresponderam a 73,0% dos servidores/casos afastados e 71,8% dos dias de afastamentos. Tal discrepância ocorre em função do maior número de IES ser de Universidades, tal como elucida a Tabela 2.

Tabela 2

Distribuição do total de servidores/casos afastados e dias de afastamentos, no período de janeiro de 2013 a julho de 2017, por tipo de IES

Tipo IES	Nº Servidores/casos Totais		Nº Dias de Afastamento		Média Dias Afastamento por Servidor/caso
CEFET	1.997	0,9	66.907	1,0	33,5
Fundações Universitárias	15.375	6,7	503.460	7,6	32,7
Institutos Federais	44.497	19,4	1.310.753	19,7	29,5
Universidades	167.456	73,0	4.786.062	71,8	28,6
Total	229.325	100,0	6.667.182	100,0	29,1

Fonte: Dados SIASS/Ministério do Planejamento

A Tabela 3 apresenta a distribuição dos servidores e dias de afastamento, por ano de realização da perícia. Excluindo-se os dados do ano de 2017, pois se referem apenas aos meses de janeiro a julho, e considerando o ano de concessão do afastamento, entre 2013 e 2016, a média foi de 1.443.198 dias de afastamentos (desvio-padrão=113.3623,94 dias), e média de 49.005 (desvio-padrão=5.167,69) servidores/casos afastados.

Tabela 3

Distribuição dos servidores e dias de afastamento, por ano de realização da perícia

Ano	Nº Servidores/casos	Nº Dias de Afastamentos	Média Dias Afastamento por Servidor/Caso
2013	47.343	1.371.114	29,0
2014	44.954	1.365.383	30,4
2015	47.138	1.428.586	30,3
2016	56.585	1.607.710	28,4
2017*	33.305	894.389	26,9
Total	229.325	6.667.182	29,1

Fonte: Dados SIASS/Ministério do Planejamento; *dados referentes ao período de janeiro a julho.

Conforme a Tabela 3 nota-se que em 2016, comparado aos anos anteriores, houve um maior número de servidores/casos e número de dias de afastamento, embora a média de dias de afastamento por servidor/caso tenha-se mantido nesses períodos entre 28 e 30. Na base de dados consultada, os diagnósticos são codificados de acordo com a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) utilizando além do código específico, a classificação em cada um de seus vinte e um capítulos. A Tabela 4 apresenta os diagnósticos em ordem de sua classificação na CID 10. Analisando os capítulos da CID 10, destacam-se os diagnósticos referentes aos transtornos mentais e comportamentais (F00-F99), responsáveis pelo afastamento concedidos a 36.086 servidores/casos, totalizando 1.582.770 dias de afastamentos, com média de 43,9 dias de afastamento por servidor/caso afastado. Em seguida, as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99), foram responsáveis pelo afastamento concedido a 36.144 servidores, somando 1.004.020 dias de afastamentos, com média de 27,8 dias de afastamento por servidor/caso afastado. O terceiro diagnóstico que mais afastou essa população no período analisado consiste nos fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00-Z99) que somaram 593.143 dias de afastamentos a 22.952 servidores/casos, com média de 25,8 dias de afastamento por servidor afastado.

É válido abordar os diagnósticos que ocuparam os extremos no ranking da média de dias de afastamento, dado presente na Tabela 5. Os diagnósticos referentes às neoplasmas (Capítulo II) tiveram afastamento médio de 54,2 dias por perícia realizada, seguido dos afastamentos com diagnósticos referentes à gravidez, parto e puerpério (Capítulo XV), com média de 53,6 dias de afastamento por perícia. Tal dado ocorre em função da natureza particular desses diagnósticos e vale destacar que o número de servidor/caso e o número total de dias de afastamento são menos expressivos que dos capítulos citados no parágrafo anterior, embora perfaçam maiores valores de média. Tal ponderação pode ser melhor visualizada na Figura 1. Os capítulos da CID 10, com menor média por afastamentos observados foram relacionados às doenças do ouvido e da apófise mastoide (média de 9,6 dias de afastamento por perícia), sintomas, sinais e achados anormais e de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte, com média de 9,4 dias e as doenças do aparelho respiratório, com média de 7,7 dias de afastamentos.

Tabela 4

Distribuição do número de servidores/caso, dias de afastamento e média de dias de afastamento, nos anos de 2013 a 2017, por capítulos da CID10

Capítulo CID 10		Nº Servidores/Caso		Nº Dias de Afastamento		Média Dias de Afastamentos
		N	%	N	%	
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	11.256	4,9	130.257	2,0	11,6
II	Neoplasmas [tumores]	11.968	5,2	648.996	9,7	54,2
III	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	481	0,2	11.847	0,2	24,6
IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	2.787	1,2	82.437	1,2	29,6
V	Transtornos mentais e comportamentais	36.086	15,7	1.582.770	23,7	43,9
VI	Doenças do sistema nervoso	5.485	2,4	175.684	2,6	32,0
VII	Doenças do olho e anexos	8.651	3,8	132.257	2,0	15,3
VIII	Doenças do ouvido e da apófise mastóide	2.040	0,9	19.621	0,3	9,6
IX	Doenças do aparelho circulatório	11.690	5,1	364.906	5,5	31,2
X	Doenças do aparelho respiratório	16.056	7,0	123.864	1,9	7,7
XI	Doenças do aparelho digestivo	12.540	5,5	221.382	3,3	17,7
XII	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2.785	1,2	40.479	0,6	14,5
XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	36.144	15,8	1.004.020	15,1	27,8
XIV	Doenças do aparelho geniturinário	9.341	4,1	167.381	2,5	17,9
XV	Gravidez, parto e puerpério	11.772	5,1	630.569	9,5	53,6
XVI	Algumas afecções originadas no período perinatal	61	0,0	1.523	0,0	25,0
XVII	Malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas	459	0,2	14.408	0,2	31,4
XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	6.566	2,9	61.725	0,9	9,4
XIX	Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	19.539	8,5	651.609	9,8	33,3
XX	Causas externas de morbidade e de mortalidade	666	0,3	8.304	0,1	12,5
XXI	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	22.952	10,0	593.143	8,9	25,8
Total		229.325	100,0	6.667.182	100,0	29,1

Fonte: Dados SIASS/Ministério do Planejamento

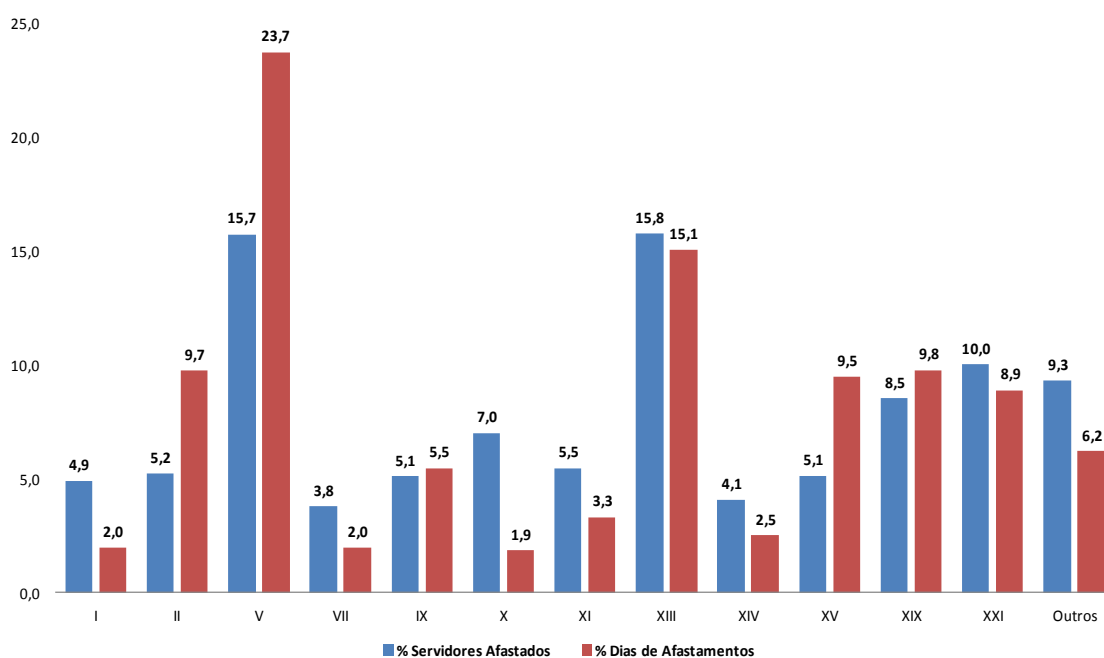


Figura 1: Percentual dos servidores/casos afastados e dos dias de afastamentos, por capítulo da CID10, considerando o total observado, no período de 2013 a 2017

Fonte: Dados SIASS/Ministério do Planejamento

Nas Tabelas 5 e 6, constata-se que o percentual de dias de afastamento, por capítulo da CID 10, não variou de modo expressivo em função do ano de concessão, assim como, também a média de dias de afastamento por servidor/caso.

Tabela 5

Distribuição dos dias de afastamentos, por capítulos da CID 10 e ano de concessão do afastamento

Descrição Capítulo CID 10		2013		2014		2015		2016		2017	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	25.229	1,8	25.003	1,8	26.947	1,9	37.446	2,3	15.632	1,7
II	Neoplasmas [tumores]	126.236	9,2	121.810	8,9	135.685	9,5	167.055	10,4	98.210	11,0
III	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	2.181	0,2	1.982	0,1	2.619	0,2	2.861	0,2	2.204	0,2
IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	18.818	1,4	16.756	1,2	16.242	1,1	18.726	1,2	11.895	1,3
V	Transtornos mentais e comportamentais	305.304	22,3	322.661	23,6	341.865	23,9	397.735	24,7	215.205	24,1
VI	Doenças do sistema nervoso	36.598	2,7	36.404	2,7	34.871	2,4	42.962	2,7	24.849	2,8
VII	Doenças do olho e anexos	27.876	2,0	26.135	1,9	26.268	1,8	33.234	2,1	18.744	2,1
VIII	Doenças do ouvido e da apófise mastóide	4.031	0,3	5.234	0,4	3.858	0,3	4.125	0,3	2.373	0,3
IX	Doenças do aparelho circulatório	85.434	6,2	76.724	5,6	76.661	5,4	82.478	5,1	43.609	4,9
X	Doenças do aparelho respiratório	28.662	2,1	24.068	1,8	22.346	1,6	31.204	1,9	17.584	2,0
XI	Doenças do aparelho digestivo	45.544	3,3	43.634	3,2	44.488	3,1	54.565	3,4	33.151	3,7
XII	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	7.939	0,6	9.046	0,7	9.692	0,7	8.403	0,5	5.399	0,6
XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	207.670	15,1	212.474	15,6	208.700	14,6	243.698	15,2	131.478	14,7
XIV	Doenças do aparelho geniturinário	32.667	2,4	31.863	2,3	34.775	2,4	42.261	2,6	25.815	2,9
XV	Gravidez, parto e puerpério	125.598	9,2	133.814	9,8	148.247	10,4	140.137	8,7	82.773	9,3
XVI	Algumas afecções originadas no período perinatal	138	0,0	291	0,0	377	0,0	448	0,0	269	0,0
XVII	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	2.649	0,2	2.024	0,1	2.609	0,2	4.607	0,3	2.519	0,3
XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	11.828	0,9	11.707	0,9	11.593	0,8	16.365	1,0	10.232	1,1
XIX	Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	130.459	9,5	127.653	9,3	138.972	9,7	160.816	10,0	93.709	10,5
XX	Causas externas de morbidade e de mortalidade	1.050	0,1	2.053	0,2	1.868	0,1	2.240	0,1	1.093	0,1
XXI	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	145.203	10,6	134.047	9,8	139.903	9,8	116.344	7,2	57.646	6,4
Total		1.371.114	100,0	1.365.383	100,0	1.428.586	100,0	1.607.710	100,0	894.389	100,0

Fonte: Dados SIASS/Ministério do Planejamento; *Os dados do ano de 2017, incluem apenas os meses de janeiro a julho.

Tabela 6

Média dos dias de afastamento, por servidor/caso afastado, separado por capítulos da CID10 e ano de perícia

Descrição Capítulo CID 10		Ano				
		2013	2014	2015	2016	2017*
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	10,6	58,2	31,4	23,6	22,4
II	Neoplasmas [tumores]	12,1	14,6	11,9	10,4	9,7
III	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	8,6	16,4	13,3	13,3	9,9
IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	14,2	16,8	17,2	12,2	12,4
V	Transtornos mentais e comportamentais	18,2	17,9	18,3	16,9	17,1
VI	Doenças do sistema nervoso	18,2	18,3	18,0	17,7	17,4
VII	Doenças do olho e anexos	8,0	8,3	7,6	7,6	7,0
VIII	Doenças do ouvido e da apófise mastoide	16,5	15,2	15,4	15,0	14,3
IX	Doenças do aparelho circulatório	31,6	31,8	33,1	30,5	28,0
X	Doenças do aparelho respiratório	9,1	12,9	9,1	8,8	7,8
XI	Doenças do aparelho digestivo	24,0	25,4	24,5	23,1	27,2
XII	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	33,2	33,5	31,8	32,5	28,4
XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	27,9	28,4	28,1	27,8	26,1
XIV	Doenças do aparelho geniturinário	31,2	29,9	29,7	27,9	29,2
XV	Gravidez, parto e puerpério	57,0	58,6	54,4	49,2	48,3
XVI	Algumas afecções originadas no período perinatal	32,9	33,8	33,9	33,6	32,3
XVII	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	32,3	27,7	32,6	36,0	26,2
XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	52,9	54,1	57,2	55,9	49,8
XIX	Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	25,2	26,4	26,7	25,6	24,7
XX	Causas externas de morbidade e de mortalidade	9,2	9,8	9,0	9,4	9,6
XXI	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	44,3	45,4	46,1	43,7	38,7

Fonte: Dados SIASS/Ministério do Planejamento; *Os dados do ano de 2017, incluem apenas os meses de janeiro a julho.

Foram também obtidos dados referentes à distribuição dos afastamentos por cargos. Foram computados os afastamentos por motivo de saúde para servidores/casos que ocupavam 292 cargos e suas variações no período de 2013 a 2017, totalizando 6.667.182 dias de afastamentos, tal como apresentado na Tabela 4. Alguns exemplos das variações de denominações para um cargo semelhante são: “Arquiteto e Arquiteto-Urbanista”, “Odontólogo – 30 horas e Odontólogo – 40 horas”, “Professor 3º Grau, Professor 3º Grau Substituto, Professor 3º Grau Visitante, Professor Temporário, entre outras denominações”, etc.

Os cargos com maior número de servidores/casos afastados foram: assistente em administração (30.368 servidores/casos, somando 847.255 dias de afastamento, com média de 27,9 dias de afastamento por servidor/caso), professor do magistério superior (27.319 servidores/casos, somando 1.239.552 dias de afastamento, com média de 45,4 dias de afastamentos por servidor/caso), auxiliar de enfermagem (26.443 servidores/casos, somando 552.496 dias de afastamento, e média de 20,9 dias de afastamento), professor em ensino básico tecnológico (19.377 servidores/casos, somando 699.171 dias de afastamento e média de 36,1 dias de afastamento), técnico em enfermagem (18.864 servidores/casos, somando 392.966 dias de afastamento e média de 20,8 dias de afastamento), enfermeiro-área (11.579 servidores, totalizando 245.017 dias de afastamento e média de 21,2 dias de afastamento), técnico de laboratório área (8.266 servidores, somando 217.385 dias de afastamento e média de 26,3 dias de afastamento), médico-área (6.563 servidores, somando 191.223 dias de afastamento e média de 29,1 dias de afastamento por servidor/caso) e auxiliar em administração (6.531 servidores/casos, totalizando 180.325 dias de afastamento e média de 27,6 dias de afastamentos por servidor/caso).

Cabe retomar a informação de que o número de servidores/casos não indica servidores distintos, uma vez que servidores com mesmas características (sexo, idade, CID) foram contabilizados conjuntamente, não sendo possível identificar o número de servidores afastados. Desse modo, um maior número de afastamento, não significa maior adoecimento nesses cargos, pois seria necessário considerar também o quantitativo de servidores ativos em cada cargo, porém não foi obtida essa informação junto ao Ministério do Planejamento. Os demais cargos, em que o percentual de servidores representava menos de 0,1% do total de servidores/casos afastados, foram agrupados em “Outros”. Para 39 servidores/casos o cargo não foi informado. A Tabela 7 retrata o cenário descrito acima acerca de dias de afastamento por cargos.

Tabela 7

Distribuição dos dias de afastamentos, no período de 2013 a julho de 2017, considerando os 50 cargos com mais dias de afastamentos

Cargos	Nº Servidores/Casos		Nº Dias Afastamentos		Média de dias de afastamento
	N	%	N	%	
ADMINISTRADOR	3.025	1,3	80.078	1,2	26,5
ALMOXARIFE	174	0,1	6.821	0,1	39,2
ANALISTA DE TEC DA INFORMACAO	1.504	0,7	35.838	0,5	23,8
ARQUITETO E URBANISTA	348	0,2	11.629	0,2	33,4
ARQUIVISTA	446	0,2	12.201	0,2	27,4
ASCENSORISTA	193	0,1	3.292	0,0	17,1
ASSISTENTE DE ALUNO	1.416	0,6	37.223	0,6	26,3
ASSISTENTE DE LABORATORIO	1.058	0,5	28.998	0,4	27,4
ASSISTENTE EM ADMINISTRACAO	30.368	13,2	847.255	12,7	27,9
ASSISTENTE SOCIAL	2.998	1,3	70.805	1,1	23,6
ATENDENTE DE CONSULTORIO-AREA	117	0,1	3.104	0,0	26,5
ATENDENTE DE ENFERMAGEM	166	0,1	4.122	0,1	24,8
AUDITOR	289	0,1	7.418	0,1	25,7
AUX EM ADMINISTRACAO	6.531	2,8	180.325	2,7	27,6
AUXILIAR DE AGROPECUARIA	805	0,4	30.476	0,5	37,9
AUXILIAR DE BIBLIOTECA	768	0,3	21.858	0,3	28,5
AUXILIAR DE COZINHA	696	0,3	18.334	0,3	26,3
AUXILIAR DE CRECHE	171	0,1	2.779	0,0	16,3
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	26.443	11,5	552.496	8,3	20,9
AUXILIAR DE FARMACIA	137	0,1	2.836	0,0	20,7
AUXILIAR DE LABORATORIO	1.184	0,5	35.091	0,5	29,6
AUXILIAR DE NUTRICAO E DIETETI	1.118	0,5	27.572	0,4	24,7
AUXILIAR DE SAUDE	783	0,3	22.522	0,3	28,8
AUXILIAR OPERACIONAL	493	0,2	13.633	0,2	27,7
BIBLIOTECARIO-DOCUMENTALISTA	3.329	1,5	88.561	1,3	26,6

BIOLOGO	356	0,2	7.857	0,1	22,1
BIOMEDICO	224	0,1	4.625	0,1	20,6
BOMBEIRO HIDRAULICO	175	0,1	7.493	0,1	42,8
CARPINTEIRO	209	0,1	7.229	0,1	34,6
CONTADOR	1.073	0,5	27.881	0,4	26,0
CONTINUO	997	0,4	36.033	0,5	36,1
CONTRAMESTRE-OFICIO	240	0,1	9.802	0,1	40,8
COPEIRO	1.414	0,6	34.556	0,5	24,4
COSTUREIRO	260	0,1	6.825	0,1	26,3
COZINHEIRO	1.406	0,6	34.773	0,5	24,7
DESENHISTA-PROJETISTA	130	0,1	4.255	0,1	32,7
ECONOMISTA	383	0,2	11.486	0,2	30,0
ELETRICISTA	332	0,1	13.574	0,2	40,9
ENFERMEIRO-AREA	11.579	5,0	245.017	3,7	21,2
ENGENHEIRO AGRONOMO	161	0,1	4.776	0,1	29,7
ENGENHEIRO-AREA	1.065	0,5	32.466	0,5	30,5
FARMACEUTICO	595	0,3	14.968	0,2	25,2
FARMACEUTICO BIOQUIMICO	412	0,2	9.901	0,1	24,0
FARMACEUTICO-HABILITACAO	531	0,2	12.394	0,2	23,3
FISIOTERAPEUTA	639	0,3	14.953	0,2	23,4
FONOAUDIOLOGO	141	0,1	3.957	0,1	28,1
INSTRUMENTADOR CIRURGICO	419	0,2	8.237	0,1	19,7
JARDINEIRO	270	0,1	9.669	0,1	35,8
JORNALISTA	468	0,2	13.343	0,2	28,5
MARCENEIRO	168	0,1	7.159	0,1	42,6
MECANICO	152	0,1	4.221	0,1	27,8
MEDICO VETERINARIO	415	0,2	15.826	0,2	38,1
MEDICO-AREA	6.563	2,9	191.223	2,9	29,1
MESTRE DE EDIF E INFRAESTRUTUR	231	0,1	9.545	0,1	41,3
MOTORISTA	728	0,3	31.158	0,5	42,8
MUSICO	165	0,1	4.356	0,1	26,4
NUTRICIONISTA-HABILITACAO	1.559	0,7	38.001	0,6	24,4
ODONTOLOGO - 30 HORAS - DL 144	244	0,1	6.338	0,1	26,0
ODONTOLOGO - 40 HORAS	456	0,2	12.563	0,2	27,6
OPERADOR DE MAQ AGRICOLAS	203	0,1	6.760	0,1	33,3
OPERADOR DE MAQ DE LAVANDERIA	1.010	0,4	21.468	0,3	21,3
OPERADOR DE MAQUINA COPIADORA	221	0,1	7.031	0,1	31,8
PEDAGOGO-AREA	2.225	1,0	57.733	0,9	25,9
PEDREIRO	380	0,2	15.267	0,2	40,2
PINTOR-AREA	251	0,1	8.014	0,1	31,9
PORTEIRO	787	0,3	22.876	0,3	29,1
PRODUTOR CULTURAL	200	0,1	5.600	0,1	28,0
PROF DO ENSINO BASICO TEC TECN	588	0,3	19.857	0,3	33,8
PROF ENS BAS TEC TECNOLOGICO-S	925	0,4	16.129	0,2	17,4
PROFESSOR 3 GRAU	1.157	0,5	50.973	0,8	44,1
PROFESSOR 3 GRAU - SUBSTITUTO	156	0,1	7.500	0,1	48,1
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERI	27.319	11,9	1.239.552	18,6	45,4
PROFESSOR ENS BASICO TECN TECN	19.377	8,4	699.171	10,5	36,1
PROFESSOR MAGISTERIO SUPERIOR-	511	0,2	17.932	0,3	35,1
PROFESSOR TEMPORARIO	314	0,1	7.605	0,1	24,2
PROGRAMADOR VISUAL	215	0,1	5.516	0,1	25,7
PSICOLOGO-AREA	2.012	0,9	47.106	0,7	23,4
QUIMICO	172	0,1	5.284	0,1	30,7
RECEPCIONISTA	706	0,3	22.220	0,3	31,5
RECREACIONISTA	116	0,1	3.097	0,0	26,7
RELACOES PUBLICAS	127	0,1	4.550	0,1	35,8
REVISOR DE TEXTOS	186	0,1	4.460	0,1	24,0

S/cargo	231	0,1	7.346	0,1	31,8
SECRETARIO EXECUTIVO	1.802	0,8	53.428	0,8	29,6
SERVENTE DE LIMPEZA	1.957	0,9	52.549	0,8	26,9
SERVENTE DE OBRAS	372	0,2	14.679	0,2	39,5
TEC DE TECNOLOGIA DA INFORMACA	1.465	0,6	40.518	0,6	27,7
TEC EM ANATOMIA E NECROPSIA	183	0,1	6.685	0,1	36,5
TEC EM NUTRICAO E DIETETICA	359	0,2	7.114	0,1	19,8
TEC EM SEGURANCA DO TRABALHO	188	0,1	3.853	0,1	20,5
TEC EQUIP MEDICO ODONTOLOGICO	162	0,1	3.424	0,1	21,1
TECNICO DE LABORATORIO AREA	8.266	3,6	217.385	3,3	26,3
TECNICO EM AGROPECUARIA	497	0,2	15.047	0,2	30,3
TECNICO EM ALIMENTOS E LATICIN	126	0,1	3.639	0,1	28,9
TECNICO EM ARQUIVO	164	0,1	4.602	0,1	28,1
TECNICO EM ARTES GRAFICAS	158	0,1	5.198	0,1	32,9
TECNICO EM ASSUNTOS EDUCACIONA	4.275	1,9	122.910	1,8	28,8
TECNICO EM AUDIOVISUAL	267	0,1	7.461	0,1	27,9
TECNICO EM CONTABILIDADE	1.123	0,5	34.258	0,5	30,5
TECNICO EM EDIFICACOES	161	0,1	3.551	0,1	22,1
TECNICO EM ELETROTECNICA	163	0,1	5.709	0,1	35,0
TECNICO EM ENFERMAGEM	18.864	8,2	392.966	5,9	20,8
TECNICO EM FARMACIA	314	0,1	8.192	0,1	26,1
TECNICO EM MECANICA	157	0,1	5.824	0,1	37,1
TECNICO EM RADIOLOGIA	1.307	0,6	36.413	0,5	27,9
TECNICO EM SECRETARIADO	568	0,2	14.133	0,2	24,9
TECNOLOGO-FORMACAO	271	0,1	6.176	0,1	22,8
TELEFONISTA	651	0,3	16.337	0,2	25,1
TERAPEUTA OCUPACIONAL	140	0,1	3.584	0,1	25,6
TRADUTOR INTERPRETE DE LINGUAG	669	0,3	15.708	0,2	23,5
VESTIARISTA	193	0,1	5.301	0,1	27,5
VIGILANTE	2.206	1,0	77.606	1,2	35,2
Outros/Não informado	4.188	1,8	138.158	2,1	33,0
Total	229.325	100,0	6.667.182	100	29,1

Fonte: Dados SIASS/Ministério do Planejamento

Os dados foram também estratificados considerando-se a distribuição dos cargos por níveis de classificação, de acordo com o Plano de Carreiras dos Técnicos Administrativos das IES, que agrupa os cargos em cinco níveis de classificação: A, B, C, D e E, sendo o nível A caracterizado pela exigência mínima ser o ensino fundamental incompleto e o nível E pela exigência mínima ser o ensino superior. Cada nível agrega cargos de mesma hierarquia, escolaridade, nível de responsabilidade, formação especializada, experiência, riscos e esforço físico (Lei n. 11.091, 2005).

Verifica-se que 44,4% das perícias e 50,7% dos dias de afastamentos, foram a cargos do nível E, seguido dos cargos de nível D, responsáveis por 30,4% das perícias e

27,3% dos dias de afastamentos. Os cargos de níveis A, B e C somaram 25% das perícias e 21,8% dos dias de afastamentos (Tabela 8).

Tabela 8

Distribuição das perícias e dias de afastamentos, por níveis de cargo

Nível do Cargo	Nº Servidores/Casos		Dias de Afastamentos	
	N	%	N	%
A	4.220	1,8	113.738	1,7
B	8.148	3,6	244.956	3,7
C	44.990	19,6	1.096.552	16,4
D	69.762	30,4	1.819.786	27,3
E	101.909	44,4	3.383.058	50,7
Não informado	296	0,1	9.092	0,1
Total	229.325	100,0	6.667.182	100,0

Fonte: Dados SIASS/Ministério do Planejamento

Legenda: Nível A (alfabetizado ou fundamental Incompleto), nível B (fundamental incompleto ou fundamental completo) nível C (exigência mínima de ensino fundamental), nível D (exigência mínima de ensino médio, a depender do cargo curso técnico e/ou experiência profissional), nível E (curso superior)

Por sua vez, ao relacionar cargos e os afastamentos e CID 10, na Tabela 9, tem-se que mais de 80% dos afastamentos, concedidos aos servidores/casos estavam relacionados à apenas 7 dos 21 capítulos da CID10. Os afastamentos motivados por diagnósticos relacionados ao capítulo XIII (Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo M00-M99) representaram 25% dos afastamentos concedidos aos servidores com cargos de nível A, 23,9% dos cargos de nível B, 20,0% dos cargos de nível C, 16,4% dos cargos de nível D e apenas 11,7%, ao nível E. Já o capítulo V (Transtornos mentais e comportamentais F00-F99), representavam 17,5% nos cargos de nível A, 16,5% em cargos de nível B, e cerca de um quarto dos dias de afastamentos nos cargos de nível C, D e E. Os diagnósticos do capítulo XIX (Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas) representavam 15,3% dos dias de afastamentos de servidores/casos de nível A, 12,7% do nível B, cerca de 10% nos cargos C e D, e 8,8% nos cargos de nível E. Os diagnósticos do capítulo II (Neoplasmas [tumores]) representaram 6,8% dos cargos de nível A, cerca de 8% nos cargos de nível

B, C e D, e 11,7% nos cargos de nível E. Tais dados podem ser melhor visualizados na Figura 2 em que se evidencia maior ocorrência de doenças do capítulo XIII em cargos com menor grau de escolaridade e doenças do capítulo V em cargos com maior grau de escolaridade.

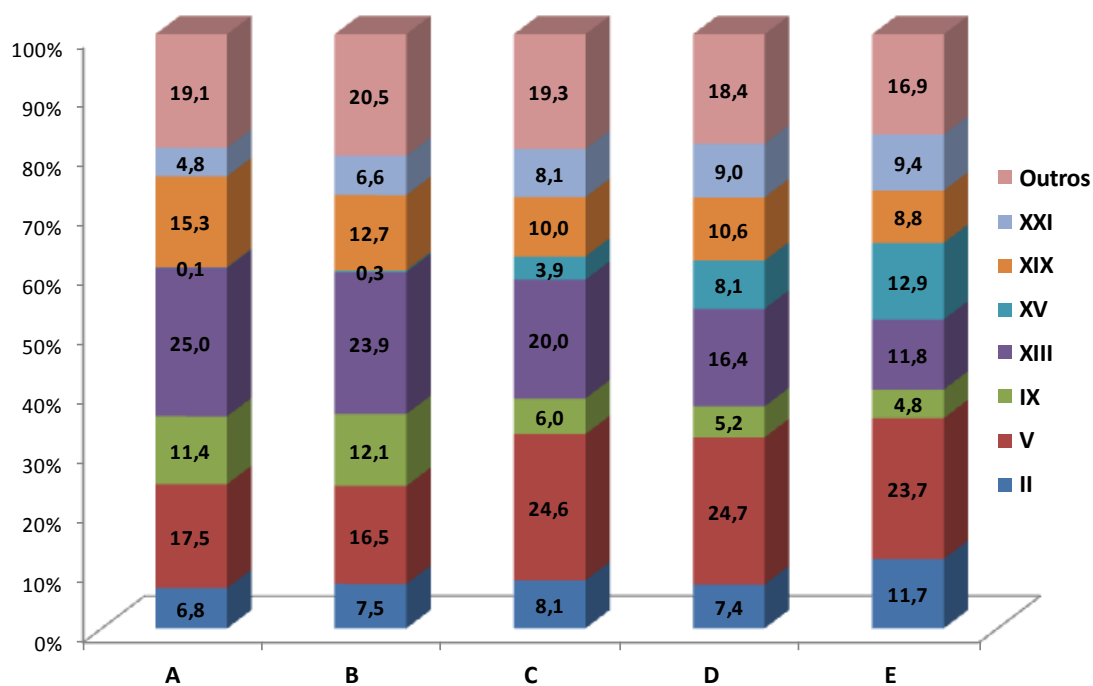


Figura 2: Distribuição do percentual de dias de afastamento, por níveis de cargo

Fonte: Dados SIASS/Ministério do Planejamento

Tabela 9

Distribuição dos dias de afastamentos, por capítulos da CID10 e Nível do Cargo do periciado

Capítulos CID 10	Nível A		Nível B		Nível C		Nível D		Nível E		Não informado		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
I-Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3.282	2,9	5.282	2,2	28.708	2,6	35.034	1,9	57.895	1,7	56	0,5	130.257	2,0
II-Neoplasmas [tumores]	7.761	6,8	18.321	7,5	88.657	8,1	135.508	7,4	396.428	11,7	2.321	21,2	648.996	9,7
III-Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	90	0,1	152	0,1	2.578	0,2	2.712	0,1	6.315	0,2	0	0,0	11.847	0,2
IV-Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	1.400	1,2	4.977	2,0	16.643	1,5	23.576	1,3	35.800	1,1	41	0,4	82.437	1,2
V-Transtornos mentais e comportamentais	19.872	17,5	40.305	16,5	270.018	24,6	449.910	24,7	800.341	23,7	2.324	21,2	1.582.770	23,7
VI-Doenças do sistema nervoso	2.693	2,4	8.243	3,4	30.183	2,8	44.035	2,4	90.141	2,7	389	3,5	175.684	2,6
VII-Doenças do olho e anexos	3.402	3,0	7.693	3,1	24.733	2,3	38.556	2,1	57.735	1,7	138	1,3	132.257	2,0
VIII-Doenças do ouvido e da apófise mastóide	371	0,3	1.116	0,5	4.191	0,4	6.029	0,3	7.913	0,2	1	0,0	19.621	0,3
IX-Doenças do aparelho circulatório	12.929	11,4	29.615	12,1	65.296	6,0	94.338	5,2	161.733	4,8	995	9,1	364.906	5,5
X-Doenças do aparelho respiratório	2.164	1,9	5.363	2,2	21.821	2,0	34.267	1,9	60.109	1,8	140	1,3	123.864	1,9
XI-Doenças do aparelho digestivo	3.740	3,3	8.647	3,5	31.683	2,9	65.393	3,6	111.710	3,3	209	1,9	221.382	3,3
XII-Doenças da pele e do tecido subcutâneo	911	0,8	2.519	1,0	9.132	0,8	13.328	0,7	14.525	0,4	64	0,6	40.479	0,6
XIII-Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	28.477	25,0	58.569	23,9	219.060	20,0	298.954	16,4	397.148	11,7	1.812	16,5	1.004.020	15,1
XIV-Doenças do aparelho geniturinário	2.235	2,0	3.986	1,6	28.055	2,6	48.624	2,7	84.238	2,5	243	2,2	167.381	2,5
XV-Gravidez, parto e puerpério	130	0,1	663	0,3	43.216	3,9	148.125	8,1	438.005	13,0	430	3,9	630.569	9,5
XVI-Algumas afecções originadas no período perinatal		0,0		0,0	172	0,0	360	0,0	991	0,0	0	0,0	1.523	0,0
XVII-Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	96	0,1	172	0,1	1.079	0,1	3.924	0,2	9.137	0,3	0	0,0	14.408	0,2
XVIII-Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	1.125	1,0	1.831	0,7	10.112	0,9	17.593	1,0	31.020	0,9	44	0,4	61.725	0,9
XIX-Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	17.371	15,3	31.033	12,7	109.765	10,0	193.798	10,6	298.788	8,8	854	7,8	651.609	9,8
XX-Causas externas de morbidade e de mortalidade	193	0,2	238	0,1	2.472	0,2	2.281	0,1	3.098	0,1	22	0,2	8.304	0,1
XXI-Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	5.496	4,8	16.231	6,6	89.020	8,1	163.856	9,0	317.658	9,4	882	8,0	593.143	8,9
Total	113.738	100,0	244.956	100,0	1.096.594	100,0	1.820.201	100,0	3.380.728	100,0	10.965	100,0	6.667.182	100,0

Fonte: Dados SIASS/Ministério do Planejamento

Declara-se que não saber o número total de servidores periciados e os totais parciais nas fragmentações de cargos, nível do cargo, além de não ter como referência valores tangentes ao universo amostral do qual o recorte de perícias e dados de adoecimento foi produzido, limita significativamente a realização de análises que dependem dessas informações. No entanto, apesar dessas limitações, os dados acima apresentados indicam os principais capítulos da CID 10 que historicamente tem gerado maior impacto no que tange ao número de dias de afastamento do trabalho e indicam uma tendência de sua distribuição entre os níveis de cargos. Os dados referentes aos afastamentos podem ser considerados alarmantes, tanto para o impacto na saúde dos trabalhadores como na fragilização do quadro de pessoal nas instituições públicas que sabidamente apresenta déficits de funcionários, sendo mais um desafio para os entraves de funcionamento estrutural do serviço público, tais como a precariedade de condições de trabalho e problemas gerenciais, questões abordadas na próxima sessão.

1.2 O mundo do trabalho, suas implicações no campo da Saúde do Trabalhador e as particularidades do trabalho no serviço público

A história do trabalho, marcada por grandes mudanças refletidas nas transformações dos modelos de produção e das condições de trabalho, revela nuances na relação homem-trabalho e seu impacto sobre a saúde dos trabalhadores. No contexto da acumulação flexível do capital e da reestruturação produtiva dos anos 1990, articuladas às características da pós-modernidade, instala-se a lógica da racionalidade econômica, principal fonte inspiradora para novas formas de organização do trabalho (Ferreira, 2011; Mendes, 2007). Tem-se assim, por sua vez, novas formas de subjetivação, de sofrimento, de adoecimento e de possibilidades de reação e ação dos trabalhadores (Ferreira, 2011; Mendes, 2007). Ribeiro e Mancebo (2013) pontuam que tanto o

empregado do setor privado como o servidor público são afetados pelas frequentes mudanças e transformações do mundo do trabalho, vivenciando movimentos de desestabilização e de restrições de território em seus nichos laborais e são, muitas vezes, expostos a processos de alienação e de sofrimento no trabalho.

As importantes mudanças observadas nos processos de trabalho, ocasionadas pela busca por aumento da produtividade e redução de custos, bem como pela introdução de novas tecnologias, impõem aos trabalhadores alterações significativas na sua forma de trabalhar, desencadeadas pela aceleração do ritmo de trabalho, diminuição de pausas de descanso e maior responsabilidade sobre o produto final (Mendes, 2007). Essas novas formas de organização do trabalho caracterizam-se pelas contradições dos objetivos, das regras e dos controles, articuladas à produtividade e desempenho, às ameaças e à desestruturação do coletivo de trabalho (Mendes, 2007). No entanto, as melhorias nas condições laborativas não têm acompanhado nas mesmas proporções estas mudanças da organização do trabalho (Ferreira, 2011). Sabe-se que fatores presentes no ambiente de trabalho podem afetar a saúde dos indivíduos, sendo que as cargas físicas e psicossociais do trabalho podem estar relacionadas a dores musculoesqueléticas, incapacidade e absenteísmo, estresse, dentre outros (Cardoso, Ribeiro, Araújo, Carvalho & Reis, 2009; Mendonça Jr. & Assunção, 2005).

Assim como os demais trabalhadores, os servidores públicos vivenciam em seu cotidiano de trabalho desfechos dessas transformações (Ribeiro & Mancebo, 2013; Ponce, 2014). Ribeiro e Mancebo (2013) enumeram algumas contradições e impactos dessas mudanças nessa categoria profissional, tais como: (1) no mundo do trabalho atual não é lucrativo para o capitalismo flexível o investimento em uma categoria detentora de direitos trabalhistas com solidez diferenciada, estando a categoria na contramão das demandas dos modelos inovadores de produção; (2) as organizações de trabalho

requerem de modo crescente leveza, agilidade, garantia de produtividade e contratos de curta duração para, conforme as instabilidades do mercado, dispensar ou contratar pessoal; (3) a mídia veicula a imagem de um funcionário público privilegiado por trabalhar pouco e ganhar muito e, ainda, por desfrutar do direito à estabilidade no emprego em tempos de vínculos cada vez mais frágeis de trabalho; (4) a falta de um espaço de reconhecimento e de valorização interfere no sentido atribuído pelos servidores públicos à sua vida profissional, sendo preocupante o fato de que o trabalho para essa categoria assume cada vez mais somente o sentido de porto seguro para a segurança financeira frente à instabilidade do mercado.

Ponce (2014) argumenta acerca da possível relação entre as ponderações acima elencadas e o aumento do número dos problemas relacionados a transtornos mentais, musculoesqueléticos e às neoplasias malignas documentados na literatura (Cunha, Blank & Boing, 2009; Nogueira, Maciel, Maciel & Aquino, 2010; Silva, Tomé, Costa, & Santana, 2012; Figueiredo & Alevato, 2012). Desse modo, nos últimos anos a introdução de novas tecnologias, as mudanças na organização da produção, o processo de globalização e a nova ordem estabelecida nas relações entre capital e trabalho, geraram novos conflitos nas relações de trabalho, impactando nos processos de adoecimento e em novos desafios para ações de reabilitação, para o retorno e, sobretudo, para a permanência no trabalho de pessoas com alguma limitação em sua saúde (Bauman, 2005; Toldrá *et al.*, 2010). Está cada vez mais desvelada a necessidade do desenvolvimento de propostas de manutenção da capacidade de trabalho que levem em conta a complexidade de elementos do trabalho (Medeiros & Jardim, 2013).

Para a presente tese cabe apresentar alguns determinantes do contexto laboral que podem afetar a saúde de servidores públicos, ligados aos desafios e dificuldades vivenciados no exercício de suas funções, sendo esses de natureza diversa e complexa

(Nunes & Lins, 2009; Ribeiro & Mancebo, 2013; Marques, 2011; Traesel & Merlo, 2014; Mattos & Schlindwein, 2015). Nunes e Lins (2009) destacam elementos de hierarquia e de burocracia ligados a manifestações de sofrimento de servidores que, muitas vezes, tomam para si características específicas dessa estrutura, como a morosidade e sofrem com a desmoralização constante pelos veículos de mídia da figura do servidor público.

Traesel e Merlo (2014) apresentam as situações de precarização do trabalho a exemplo de transições de modelos gerenciais, ao não preenchimento de vagas dos servidores que se aposentam ou deixam o serviço e aos processos de terceirização. Nessa pesquisa, os entrevistados apontaram abalo nos alicerces e significados atribuídos ao trabalho no serviço público e o consequente desinteresse pela carreira pública, além de baixa expectativa de obtenção de prazer e realização na mesma, cujo sentido estava na causa pública, que vem sendo fragilizada. Os autores chamam atenção para a lamentável realidade que tem sido desvelada ao constatar que embora a carreira pública seja alvo de desejo de muitos trabalhadores, não raro, ela cursa com situações de conflitos interpessoais e sofrimentos oriundos de práticas perversas de gestores, presença de elementos competitivos que limitam ações de cooperação, falta de reconhecimento, invisibilidade e também assédio moral. Nesse cenário desafiador, os autores alertam ainda que comumente os programas de gestão de pessoas e ações de qualidade de vida no trabalho implantadas nos órgãos públicos, frequentemente, apresentam propostas pouco contextualizados na realidade e reais necessidades de seus servidores. Desse modo, pondera-se que a suposta estabilidade e vantagens da carreira pública encontra-se em processo de desestabilização crescente.

Ribeiro e Mancebo (2013) enumeram problemáticas que circunscrevem o contexto das organizações públicas tais como restrições de orçamentos e verbas;

inadequação de condições de trabalho; insuficiência de recursos materiais e humanos; entraves da estrutura burocrática; ausência de ascensão profissional dado que não há mudança de cargo; e a marca de características depreciativas atribuídas tanto aos órgãos públicos como aos servidores que neles trabalham, tais como ineficiência, desperdício e corrupção. Infelizmente, lamentam os autores, existem servidores pouco engajados e comprometidos com seus afazeres que contribuem para a acentuação da imagem negativa dessa categoria. Tais circunstâncias acabam por reforçar argumentações pelo enxugamento da máquina estatal e pela privatização e terceirização como saídas para a ineficiência do setor público. Críticos a tal visão, os autores declaram ser denso e massivo o esforço para diluir tal estereótipo pejorativo e alertam para os impactos na produção de subjetividade dessa categoria de trabalhadores e para os complexos desafios postos no enfrentamento das adversidades presentes no cotidiano do servidor público. A literatura tem mostrado os impactos desses determinantes na saúde de servidores de diversos seguimentos, tais como do sistema penitenciário, da saúde, da educação e da assistência social, através da problematização de fatores ligados a processos de sofrimento no trabalho (Traesel & Merlo, 2014), aos índices de afastamento do trabalho (Schlindwein & Moraes, 2014; Oliveira *et al.*, 2015), aos riscos psicossociais (Serafim, Campo, Cruz & Rabuske, 2012) e aos indicadores de qualidade de vida (Stradiotti, Freire, Souza & Rezende, 2014; Vilas Boas & Morim, 2017; Vilas Boas & Pires, 2018) dessa categoria.

Nesse contexto histórico e em curso no cotidiano das realidades do trabalho, o debate acerca da produtividade e da capacidade laborativa mobiliza profissionais da ST a clarear as nuances do complexo e multifacetado espectro das capacidades/incapacidades de um indivíduo, de modo a contribuir para a manutenção pertinente, segura e responsável de pessoas com algum tipo de restrição laboral no

sistema produtivo. No tópico a seguir, apresenta-se a CIF como uma ferramenta importante e mobilizadora de discussões acerca de paradigmas envolvendo conceitos de capacidade e de incapacidade, que configuram prerrogativas e reflexões pertinentes de serem consideradas no pensar e no conduzir processos de reinserção de pessoas com restrição laboral.

1.3 A Classificação Internacional de Incapacidade, Funcionalidade e Saúde

A mudança no perfil de morbimortalidade da população brasileira, fruto da transição demográfica configurada no século XX, apresenta novos desafios para a agenda da saúde pública do país (Alves, 2015). Alves (2015) esclarece que o aumento dos casos de doenças crônico-degenerativas tem gerado um número expressivo de pessoas com algum tipo de incapacidade. Assim, a crescente demanda para os serviços de saúde expõe suas fragilidades estruturais, de modo que nem sempre ocorre um adequado acesso a esses serviços (Brasil, 2013). Além disso, sinaliza a autora, os modelos vigentes de atenção à saúde das pessoas com deficiência envolvem alto custo e, nem sempre tem se mostrado eficientes, desafiando as estratégias de prevenção e os equipamentos de saúde destinados à manutenção ou recuperação da saúde de uma população mais fragilizada (Alves, 2015).

Os gastos com média e alta complexidade na saúde, a concessão de benefícios previdenciários e as aposentadorias precoces deflagram a necessidade de que as políticas públicas e serviços envolvidos transversalmente nas ações de cuidado em saúde no Brasil melhor contemplem a funcionalidade humana, abarcando toda a sua complexidade (Brasil, 2013). O desafio posto envolve superar limites da estrutura político-administrativa brasileira, bem como de uma mudança transversal de paradigma, não somente centrado na doença, de modo que se atinja o planejamento e a execução

eficazes das políticas públicas voltadas para populações tais como pessoas idosas e pessoas com deficiência (Giovanella, Escorel, Lobato, Noronha & Carvalho, 2012; Brasil, 2013).

O paradigma a se reconfigurar está relacionado a propostas que contemplem todas as fases do ciclo de vida, de modo a delinear o perfil da funcionalidade e o acompanhamento eficaz da incidência de incapacidades, além de ações direcionadas a todas as gerações, segundo pressupostos da OMS e dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (Giovanella *et al.*, 2012; Brasil, 2013; Araújo & Neves, 2015). É importante ponderar ainda que a informação em saúde se apresenta incompleta, uma vez que os dados acerca da funcionalidade humana ainda são escassos, o que limita o desenvolvimento de políticas desenvolvidas de modo intersetorial capazes de abarcar a complexidade da questão (Araújo, 2011).

O Brasil, em 2001, assinou a resolução da OMS em que se recomenda o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), traduzida para o português em 2003 (OMS, 2003; Brasil, 2013). No entanto, somente em 2012, o Ministério da Saúde via o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Resolução nº 452 em que determina o uso da CIF no Sistema Único de Saúde (*Resolução nº452*, 2012; Brasil, 2013).

A CIF compõe a listagem das chamadas Classificações Internacionais de Saúde produzidas pela OMS, representando modelos consensuais a serem incorporados pelos sistemas de saúde, gestores e usuários, visando a utilização de uma linguagem comum para a descrição de problemas ou intervenções em saúde (Farias & Buchalla, 2005; World Health Organization, 2005). A prerrogativa central da CIF é a mudança de paradigma cujo foco não está centrado na doença, mas sim na funcionalidade humana (Buchalla, 2003; Sampaio, 2012). O modelo de funcionalidade e incapacidade que

sedimenta a CIF configura uma integração dos modelos médico e social que, por si só, não podem contemplar a multidimensionalidade de elementos que compõe o espectro da função. Sobre esses modelos, pontua-se que:

“o modelo médico considera a incapacidade como um problema da pessoa, causado diretamente pela doença, trauma ou outro problema de saúde, que requer assistência médica sob a forma de tratamento individual por profissionais. Os cuidados em relação à incapacidade têm por objetivo a cura ou a adaptação do indivíduo e mudança de comportamento. A assistência médica é considerada como a questão principal e, a nível político, a principal resposta é a modificação ou reforma da política de saúde. O modelo social de incapacidade considera a questão principalmente como um problema criado pela sociedade e, basicamente, como uma questão de integração plena do indivíduo na sociedade. A incapacidade não é um atributo de um indivíduo, mas sim um conjunto complexo de condições, muitas das quais criadas pelo ambiente social. Assim, a solução do problema requer uma ação social e é da responsabilidade coletiva da sociedade fazer as modificações ambientais necessárias para a participação plena das pessoas com incapacidades em todas as áreas da vida social. Portanto, é uma questão atitudinal ou ideológica que requer mudanças sociais que, a nível político, se transformam numa questão de direitos humanos. De acordo com este modelo, a incapacidade é uma questão política” (OMS, 2003, p.21).

A CIF fornece, na integração desses modelos, uma visão ampla e coerente de diferentes perspectivas da saúde: biológica, individual e social (Simonelli *et al.*, 2010). Essa classificação: considera que a funcionalidade e a incapacidade devem ser entendidas na interação entre as condições de saúde da pessoa e seu ambiente; oferece uma linguagem padronizada e uma base conceitual para a definição e mensuração da incapacidade, através de um sistema de classificações e códigos; apresenta definições e categorias elaboradas em linguagem neutra, de forma que a classificação possa ser usada para registrar os aspectos positivos e negativos da funcionalidade (OMS, 2013). A Tabela 10 reúne os principais conceitos, muitas vezes apresentados como “a linguagem da CIF”.

Tabela 10
Conceitos da CIF

Funções do corpo	As funções fisiológicas dos sistemas do corpo (inclusive funções psicológicas).
Estruturas do corpo	Partes anatômicas do corpo como órgãos, membros e seus componentes.
Deficiências	Problemas nas funções ou estruturas do corpo como um desvio significativo ou perda.

Atividade		A execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo.
Capacidade		Descreve o que uma pessoa faz em uma situação em que o efeito do contexto está ausente ou é irrelevante (como em um contexto padronizado de avaliação).
Desempenho		Descreve o que uma pessoa faz no seu ambiente habitual; descreve a interação entre a pessoa e o contexto, de modo que o desempenho pode mudar em diferentes ambientes.
Limitações de atividade		Dificuldades que um indivíduo pode encontrar na execução de atividades.
Participação		Envolvimento em situações da vida diária.
Restrições de participação		Problemas que um indivíduo pode enfrentar ao se envolver em situações de vida.
Fatores ambientais		O ambiente físico, social e de atitude no qual as pessoas vivem e conduzem sua vida. Estes são barreiras ou facilitadores para a funcionalidade de uma pessoa.
Facilitadores		Quando um fator ambiental melhora o desempenho, ele é codificado como um facilitador.
Barreiras		Quando um fator ambiental reduz o nível de desempenho, ele é codificado como uma barreira.
Fatores pessoais		Podem incluir gênero, idade, raça, estilos de vida, hábitos, educação e profissão. Representam influências sobre a funcionalidade específica do indivíduo que não estão representadas em outras partes da CIF.
Funcionalidade		É um termo abrangente para funções do corpo, estruturas do corpo, atividades e participação. Ela denota os aspectos positivos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e os fatores contextuais daquele indivíduo (fatores ambientais e pessoais).
Incapacidade		É um termo abrangente para deficiências, limitações de atividade e restrições de participação. Ela denota os aspectos negativos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e os fatores contextuais daquele indivíduo (fatores ambientais e pessoais).

Fonte: Adaptado de Organização Mundial da Saúde. (2013). Como usar a CIF: Um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Versão preliminar para discussão. Genebra: OMS.

Assim, a funcionalidade, na perspectiva da CIF, engloba todas as funções do corpo e a capacidade do indivíduo de realizar atividades relevantes da rotina diária, considerando ainda sua participação na sociedade (Sampaio *et al.*, 2005). Similarmente, a incapacidade abrange as diversas manifestações de uma doença, como: prejuízos nas funções do corpo, dificuldades no desempenho de atividades cotidianas e desvantagens na interação do indivíduo com a sociedade (OMS, 2003; OMS, 2013). O modelo biopsicossocial de funcionalidade e incapacidade da OMS admite uma complexa interação e uma completa multidirecionalidade entre seus componentes, tal como apresentado no diagrama da CIF, na Figura 3 e no quadro apresentando uma visão geral da CIF, na Figura 4.

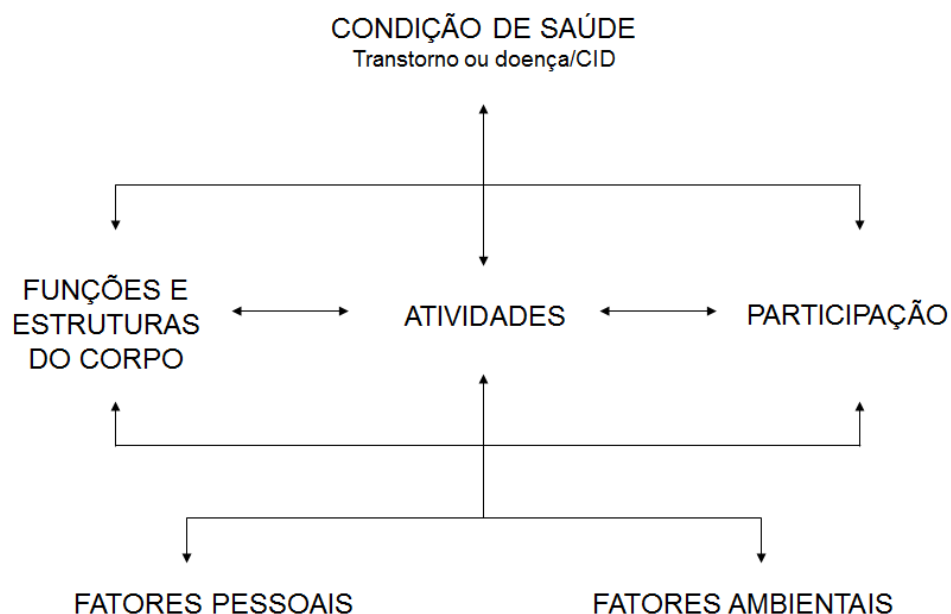


Figura 3: O modelo da CIF: interação dos componentes da CIF

Fonte: Adaptado de Organização Mundial da Saúde. (2003). CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP.

	Parte 1: Funcionalidade e Incapacidade		Parte 2: Fatores Cotextuais	
Componentes	Funções e estruturas do corpo	Atividades e participação	Fatores Ambientes	Fatores Pessoais
Domínios	Funções do corpo Estruturas do corpo	Áreas Vitais (tarefas e ações)	Influências externas sobre a funcionalidade e a incapacidade	Influências internas sobre a funcionalidade e incapacidade
Construtos	Mudança nas funções do corpo (fisiológicas) Mudanças nas estruturas do corpo (anatômicos)	Capacidade Execução de tarefas num ambiente padrão Desempenho Execução de tarefas num ambiente habitual	Impacto facilitador ou limitador das características do mundo físico, social e atitudinal	Impacto dos atributos de uma pessoa
Aspectos positivos	Integridade funcional e estrutural	Atividades e participação	Facilitadores	Não aplicável
	Funcionalidade			
Aspectos negativos	Deficiência	Limitação da atividade Restrição da Participação	Barreiras	Não aplicável
	Incapacidade			

Figura 4: Visão geral da CIF

Fonte: Organização Mundial da Saúde. (2003). CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP.

Assim, além do contexto histórico das relações de produção e das formas de se pensar e de conceber o trabalho e sua produtividade, considera-se importante que o

cenário do debate da reinserção laboral, seja também composto por elementos técnicos que conduzam uma análise na perspectiva da capacidade laboral do indivíduo, mesmo em contextos de adversidades, sendo a CIF considerada norteador pertinente para essa finalidade. Pondera-se ainda a importância de se agregar ao processo da reinserção perspectivas e abordagens pautadas nas ciências do trabalho que se dedicam à compreensão das condições e da organização do trabalho. Desse modo, recorrer a teorias científicas e filosóficas do trabalho possibilita ampliar o debate da reinserção, por abarcarem o estudo dos processos de trabalho, de aspectos institucionais e das variabilidades do *trabalho* e do *trabalhar*. A presente pesquisa explora possíveis contribuições da ergologia e da ergonomia para subsidiar reflexões tangentes às práticas de reinserção de pessoas com algum tipo de incapacidade no contexto do trabalho. Na sessão a seguir são pontuados alguns aspectos gerais da ergologia e da ergonomia, discutindo sua interface com as demandas da reinserção laboral de pessoas com alguma incapacidade.

1.4 A reinserção no trabalho: a contribuição da Ergonomia e da Ergologia no cenário das Clínicas do Trabalho

As chamadas “Clínica do Trabalho” congregam abordagens clínicas que destacam a relação entre o trabalho e os processos de subjetivação no sentido de oportunizar uma conscientização das vivências nas relações de trabalho voltada para a transformação da realidade. Tais conhecimentos podem subsidiar ações de mobilização e de resistência de sujeitos individuais e coletivos em uma dada situação de trabalho, marcadas por cenários de vulnerabilidade e pela fragmentação dos coletivos, refletidos seja na forma de sofrimento, de submissão ou quadros de adoecimento (Bendassolli & Soboll, 2011). Merlo, Bottega e Perez (2014) ressaltam a contribuição das Clínicas do

Trabalho por oferecem um entendimento clínico das diversas vivências objetivas e subjetivas relacionadas ao trabalho, aos aspectos ligados ao sofrimento e possível adoecimento dos trabalhadores.

As clínicas do trabalho não podem ser consideradas uma escola de pensamento e abrangem abordagens heterogêneas (Bendassolli & Soboll, 2011). Existem entre elas divergências epistemológicas, teóricas e metodológicas que muitas vezes limitam ou impedem articulações entre elas no decurso de uma pesquisa ou intervenção. Para Clot a clínica do trabalho

“trata-se antes de uma história a traçar, e que justamente põe as teorias à prova. Sem nenhuma dúvida essa história não seria possível sem as contribuições da psicodinâmica do trabalho, ou da clínica da atividade, ou ainda mais remotamente da psicopatologia do trabalho e da ergonomia francófona. Ela é de fato uma história aberta [...] que não pertence a ninguém especificamente (...)” (Clot, 2011, p.xii)

A clínica do trabalho é então tecida no seio das controvérsias científicas das diferentes abordagens num diálogo autêntico entre as diferentes perspectivas (Clot, 2011). No entanto, há pontos de convergência que merecem ser destacados (Lhuillier, 2006b citado por Bendassolli & Soboll, 2011), a saber: (1) o interesse pela *ação* no trabalho e pelo tratamento de sua dimensão prescrita e real; (2) consideram que o trabalho não se limita a relação contratual e econômica instituída pela noção do emprego, mas o entendem como atividade através da qual o sujeito pode se afirmar na relação com os outros com quem trabalha, na própria relação consigo mesmo e assim contribui no delineamento e manutenção de um gênero coletivo; (3) defendem uma teoria do *sujeito* que nega prerrogativas de abordagens das psicologias cognitivas e experimentais do trabalho que muitas vezes equiparam o sujeito uma máquina que meramente responde a informações de seu ambiente na forma de comportamento; (4) preocupam-se com os processos de vulnerabilização do sujeito e dos coletivos

profissionais, além das manifestações diversas de um mal-estar no trabalho, de modo a não reduzir o sofrimento à uma dimensão exclusivamente individual.

E válido apresentar o agrupamento de pesquisas e de intervenções das clínicas do trabalho dedicadas ao estudo de diferentes manifestações de mal-estar relacionadas ao trabalho (Dejours, 2007; Lhuillier, 2006a, 2006c citado por Bendassolli & Soboll, 2011), cuja origem está relacionada às crescentes exigências postas aos indivíduos pela organização de trabalho, num cenário de recursos pessoais e coletivos para seu enfrentamento cada vez mais reduzido e limitado. O primeiro grupo de patologias envolve as “patologias da atividade” “patologias da sobrecarga”, a exemplo de transtornos musculoesqueléticos, *stress*, *burnout*, quadros de fadiga e dissociações psicológicas. Ocorrem diante de um bloqueio da atividade e seus processos de subjetivação, tal como ocorre nas ainda presentes formas de divisão tayloristas do trabalho, de modo que fragmentos entre concepção e execução impedem o trabalhador de exercer o controle sobre sua atividade. No segundo grupo tem-se as “patologias da solidão e da indeterminação no trabalho” que agregam situações em que se observa uma imprecisão e rarefação de critérios relacionados aos modos de realização de condução do trabalho, o que acaba por intensificar as exigências para o trabalhador. Há a perda de referências comuns entre os trabalhadores, reforçam processos de individualização. A solidão se dá diante da limitação de se constituir coletividades articuladas a partir de normativas, atividades e identidades comuns devido à fragilização dos processos de trabalho. A indeterminação acontece pela impossibilidade dos trabalhadores compreenderem os meios e os fins de seu trabalho, o que compromete o processo de apropriação subjetiva da atividade. O terceiro grupo de patologias englobam situações de maus-tratos e de violência no trabalho, tais como formas de assédio moral e de sofrimento advindo da exposição dos indivíduos a situações de grande assimetria de

poder com a organização, isto é, a formas de poder em que não há espaço para respostas coletivas articuladas, ficando os sujeitos a cargo de seus (insuficientes) recursos pessoais.

Merlo, Bottega e Perez (2014) apresentam a necessidade de se construir caminhos terapêuticos que contemplem o uso de abordagens clínicas do trabalho para qualificar o acolhimento e as intervenções das demandas advindas do contexto do trabalho. Entre tais demandas insere-se a questão central da presente pesquisa – reinserção de trabalhadores com restrições – a qual explicita a necessidade de se analisar o trabalho como prerrogativa básica para se cumprir, com o mínimo de razoabilidade e segurança, as restrições laborais de um trabalhador. Ressalta-se que essa análise precisa contemplar todas as esferas do contexto de trabalho para não gerar práticas de individualização ou potenciais conflitos com os demais atores da situação de trabalho para a qual o trabalhador será reinserido. Frente a essa necessidade entende-se que a ergologia e a ergonomia em sua corrente francófona ou ergonomia da atividade (EA) – aquela centrada nas análises das atividades em situações reais de trabalho – (Telles & Alvarez, 2004) são abordagens pertinentes para compor reflexões e nortear a condução de intervenções voltadas para a reinserção no trabalho.

A ergologia possui escopo conceitual-filosófico diferenciado para se pensar/abordar a atividade de trabalho e a dinâmica de saberes e valores a ela circunscritos e, a ergonomia, oferece quadro teórico-metodológico estruturado e ferramentas para condução da análise e intervenção em situações de trabalho. Desse modo, a presente pesquisa se pautará nesses referenciais para delinear discussões tangentes aos elementos do cenário do trabalho, no seu foco de problematizar a reinserção de pessoas com alguma incapacidade. Segundo Cunha e Alves (2012), numa tentativa de tecer interpelações entre essas abordagens, a ergologia assume as

contribuições da ergonomia francesa como propedêutica pertinente a uma epistemologia interessada no trabalho humano e propõe um triângulo de análise que mescla valores, saberes e atividade. A seguir pontuam-se, em linhas gerais, alguns dos princípios e pressupostos da EA e da ergologia, que podem agregar elementos relevantes ao debate da reinserção no trabalho de pessoas com incapacidades, nas mais diversas e dinâmicas realidades de trabalho.

A ergonomia é uma abordagem científica antropocêntrica fundamentada em conhecimentos interdisciplinares das ciências humanas e da saúde para, de um lado, compatibilizar os produtos e as tecnologias com as características e as necessidades dos usuários e, de outro, humanizar o contexto sociotécnico de trabalho, adaptando-o tanto aos objetivos do sujeito e/ou grupo, quanto às exigências das tarefas e das situações de trabalho (Ferreira, 2011). A corrente francófona da ergonomia está voltada para estudos de campo, privilegiando a análise do homem em situação real de trabalho. Sua metodologia, a AET, visa compreender o trabalho para transformá-lo em prol da saúde dos trabalhadores e dentro dos limites considerados aceitáveis para a produção (Watanabe & Gonçalves, 2004). São princípios que merecem destaque a centralidade do trabalho no debate científico e a concepção de que as ações sempre estão inscritas em um contexto, tornando-se impossível compreendê-las fora dele (Abrahão, 2000; Ferreira, 2016).

As contribuições da ergonomia, na introdução de melhorias nas situações de trabalho ocorrem pela compreensão das atividades dos indivíduos em diferentes situações de trabalho com vistas à sua transformação. Assim, o foco de ação é a situação de trabalho inserida em um contexto sociotécnico, a fim de desvendar a dinâmica de seu funcionamento e suas consequências para a qualidade de vida no âmbito laboral, considerando ainda os aspectos e as demandas da produção (Abrahão, 2000). Nesse

processo de contextualização do trabalho, Guérin, Kerguelen, Laville, Daniellou e Duraffourg (2001) colocam que a atividade de trabalho é o elemento central que organiza e estrutura os componentes da situação de trabalho, e descreve um conjunto de pontos ou fases importantes que vão estruturar a construção da ação ergonômica. Eles contemplam: a análise da demanda e do contexto, que envolve conhecer o funcionamento da empresa, definir a situação a ser analisada (redefinição da demanda e elaboração de hipótese de nível I), análise do processo técnico e das tarefas. Para tanto e durante todo processo, destaca-se a interação com os trabalhadores (entrevistas, verbalizações). Segue-se com observações globais da atividade, formulação de um pré-diagnóstico (hipótese de nível II), para então definir um plano de observação sistemático das atividades. Após o processo, define-se um diagnóstico local e global, que subsidia a determinação de processos de transformação.

Os pressupostos teóricos da EA e sua metodologia de entendimento do trabalho, a Análise Ergonômica do Trabalho (AET), oferecem ferramentas profícuas para etapas chave no processo de reinserção de pessoas com incapacidades no trabalho. Nessa abordagem, destacam-se conceitos e discussões acerca das dimensões prescrita e real do trabalho, de sua diversidade e de suas variabilidades do trabalho (Daniellou & Béguin, 2007). Os elementos teórico-metodológicos da EA podem compor o processo de detalhar, conhecer e intervir no contexto do trabalho para o qual o trabalhador retornará se considerado capaz para o trabalho pela perícia médica. Por exemplo, há situações em que algumas atividades antes realizadas por um trabalhador podem não mais ser possíveis de serem executadas em função de uma incapacidade adquirida; por outro lado, outras poderão ser ainda realizadas, alterando-se a forma como é desenvolvida ou a organização do trabalho que a circunscreve; ou ainda, para outras atividades o desempenho do trabalhador não foi simplesmente afetado. Desse modo, a análise da

atividade é primordial para balizar tais definições que envolvem a saúde do servidor, a atividade fim a ser desempenhada e seu contexto institucional.

A ergologia é uma abordagem que não se caracteriza como uma disciplina específica de um campo de saber, mas como uma disciplina do pensamento que convoca todas as áreas do conhecimento estando, portanto, em constante construção (Holz & Bianco, 2014). Vale pontuar, no entanto, que conforme caracterizam esses autores, a ergologia possui pilares em sua sustentação teórica, sendo eles o trabalho como ambiente de vida, de aprendizagem e de confronto entre saberes científicos e saberes imanentes à atividade. Nesse sentido Georges Canguilhem, Pierre Pastré e Ivar Odonne são autores que constituem a tríade envolvida na gênese da construção da epistemologia da abordagem ergológica sistematizada por Yves Schwartz (Holz & Bianco, 2014).

Os conceitos na ergologia buscam abarcar o maior número possível de disciplinas para compreender o trabalho humano numa abordagem transdisciplinar, desse modo, são conceitos cunhados com o cuidado de não imporem barreiras epistemológicas drásticas, embora não deixem de marcar sua história, valores, apostas e entendimentos que não estão contidos em conceitos já consolidados (Schwartz & Durrive, 2010; Holz & Bianco, 2014). Por isso, verifica-se o esforço de diferentes autores em marcar conceitualmente suas prerrogativas, mas de modo a configurá-los em uma membrana porosa que permita dialogar com essa pluralidade teórica, valorizada pela ergologia. Assim, considerando que na ergologia, “[...] o conceito é um instrumento para pensar; ele permite recortar, definir, generalizar, abstrair-se do presente” (Durrive & Schwartz, 2008, p. 24), nesse estudo valer-se-á de tais prerrogativas para apresentar reflexões exploratórias sobre a reinserção de trabalhadores com restrições laborais numa perspectiva ergológica em paralelo com a abordagem da EA.

Um importante conceito cunhado pela ergologia é o de normas antecedentes que amplia o escopo da definição de trabalho prescrito proposta pela ergonomia (Guérin *et al.*, 2001). Esse último pode ser entendido como as prescrições, as condições e as exigências a partir das quais o trabalho deve ser desenvolvido, sendo essas circunscritas às fronteiras organizacionais. A expressão trabalho real abarca aquilo que de fato ocorre diante das prescrições e nunca por elas devidamente antecipado (Guérin *et al.*, 2001). Além dos aspectos do trabalho prescrito, as normas antecedentes incorporam as dimensões da cultura, da política, da ciência, da cognição e do conhecimento tácito do trabalhador, das vivências e valores individuais e coletivos envolvidos na cena do trabalho e suas dramáticas. (Schwartz & Durrive, 2010; Schwartz, 2011; Holz & Bianco, 2014; Soldera, 2015). Tecendo considerações acerca do que a ergologia agrega à ergonomia, Telles e Alvarez (2004) pontuam que o alargamento do conceito de prescrição cunhado pela ergonomia para o de “normas antecedentes” auxilia no desvelar de valores que compõe a situação de trabalho, sendo que as autoras colocam a pertinência do uso conjunto dessas abordagens.

O vasto arcabouço conceitual da ergologia abarca ainda os “usos de si”, a “renormalização”, o “corpo-si”, o “debate de normas” (Durrive & Schwartz, 2008; Schwartz & Durrive, 2010; Schwartz, 2011; Cunha e Alves, 2012; Holz & Bianco, 2014; Schwartz & Durrive, 2016), sendo esses os principais elementos selecionados nesse trabalho para a auxiliar na compreensão de aspectos da reinserção no trabalho de pessoas com restrição. A abordagem ergológica conceitua o trabalho como uso dramático de si (Holz & Bianco, 2014; Schwartz, 2011; Schwartz & Durrive, 2016). Esse uso é operado no e pelo chamado corpo-si, que abarca, por um lado, a mobilização de sua neurofisiologia, inteligência, memória e demais dimensões biológicas, e por outro, toca as particularidades da própria história, seu conjunto de vivências culturais e

sociais. O corpo-si convoca então a dimensão de uso de si mesmo que, em sua totalidade e complexidade, não são passíveis de objetivação e prescrição (Schwartz & Durrive, 2010; Schwartz, 2011; Silva & Borges, 2017).

A dimensão dos valores na Ergologia envolve a hierarquização e categorização constante dos valores realizada pelos indivíduos considerando suas preferências, gostos, pontos de rejeição que encontram na atividade de trabalho formas de se manifestar (Schwartz & Durrive, 2010; Holz & Bianco, 2014; Soldera, 2015). Essa dimensão é transversal na atividade de trabalho e explica por exemplo os modos de realizar a tarefa de um dado trabalhador e o tipo de relação que esse estabelece com as pessoas. É na dinâmica de operação dos valores e no constante diálogo com as normas que ocorrem as “renormalizações”. Trata-se da reconfiguração das normas em decorrência de um descompasso entre os valores circunscritos às normas antecedentes e os valores dos trabalhadores (Schwartz & Durrive, 2010; Schwartz, 2011; Soldera, 2015). É a partir desses “furos” da prescrição (Schwartz & Durrive, 2010; Soldera, 2015; Silva & Borges, 2017) que os trabalhadores gerenciam seu trabalho, elaborando formas de fazê-lo não antecipáveis. As “renormalizações” envolvem a compreensão acerca do processo de constituição das normas antecedentes, bem como as tentativas de transformação das mesmas em proveito dos trabalhadores (Soldera, 2015). Há desse modo o chamado “debate de normas” em toda e qualquer atividade de trabalho, refletindo a condição posta de negociação da atividade com as normas anteriores a ela (Schwartz & Durrive, 2010; Schwartz, 2011). O fato de a densidade do trabalho não ser abarcada em sua complexidade pelas normativas da prescrição não as invalida, tendo elas, aplicabilidade. Assim, evidentemente, não pormenoriza o valioso esforço da Ergonomia em reduzir a distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real. Aqui, o que se destaca é a condição

de ser próprio à essa dinâmica a constante e renovada abertura para diálogos que jamais se findarão (Soldera, 2015).

A Ergologia elucida, então, que trabalhar transcende a ideia mecânica de mera execução de uma tarefa cotidiana. Isso porque o meio no qual se inscreve a atividade de trabalho é sempre infiel (Schwartz & Durrive, 2010; Dias & Moreira, 2011; Silva & Borges, 2017). O meio é dinâmico e delineado por uma série de variabilidades em constante reconfiguração que escapam às antecipações e regulações. Nesse cenário, o homem em atividade consolida saberes diversos, em constante renovação, chamados “saberes investidos” ou “imanentes”, isto é aqueles acumulados pela experiência do trabalhador, que ocorrem em aderência às arbitragens próprias da atividade humana no trabalho na gestão das infidelidades do meio. Essas infidelidades são geridas nas “dramáticas do uso de si”, de modo que o indivíduo é sempre impelido a recorrer às suas próprias capacidades, recursos e escolhas frente a elas (Schwartz & Durrive, 2010).

Evidencia-se aí o chamado “vazio de normas” que desvela a insuficiência das normas antecedentes (Schwartz & Durrive, 2010) e tem-se na gestão de tal infidelidade do meio, a possibilidade do “viver”. Os autores ponderam que a condição do “viver” não é alcançada na mera execução de instruções. Ser totalmente determinado pelas normatizações e imposições de um meio exterior, não é “viver” e aproxima-se de uma condição que consideram patológica. A vida é sempre tentativa de se criar parcialmente, como agente ativo diante das infidelidades do meio exterior, em torno de suas próprias normas. O “viver” clama então pelo “uso”, dado que a pura execução seria “invivível”. Assim, cada pessoa à seu modo, com sua própria história e conjunto de valores, para suprir a insuficiência das normas, as deficiências de orientações, os limites dos procedimentos e das imposições externas fará escolhas, estabelecerá critérios, definirá leis, assumindo inerentes riscos ao fazê-lo, o que delineiam as “dramáticas dos usos de

si”. Tal movimento, por sua vez, acrescenta novos elementos ao meio, reforçando sua infidelidade (Schwartz & Durrive, 2010). Ser saudável é, nesse sentido, ser capaz de tecer novas normas que respondam às demandas do meio, sendo que o “viver” ora perpassa pela estabilidade, ora pela transformação (Dias & Moreira, 2011). A atividade humana é, portanto, considerada a matriz do viver (Soldara, 2015).

Logo, não se trata de negar que a configuração das normas é útil e necessária ao convívio social do homem, através do enquadramento e estabelecimento de protocolos do que é possível. A ergologia alerta para o risco de tais enquadramentos levarem a um agir apenas pautado nos modelos pré-estabelecidos que, portanto, ignora a vida que emerge a todo instante e abre espaço para processos de alienação e prejuízos à saúde (Soldara, 2015).

Em linhas gerais, o exercício da ergologia propõe colocar em diálogo e confrontação os saberes científicos (conhecimento conceitual) e os saberes imanentes à atividade (conhecimento do trabalhador), no chamado Dispositivo Dinâmico de Três Pólos (Schwartz & Durrive, 2010; Trinquet, 2010; Holz & Bianco, 2014), não havendo uma técnica ou maneira única ou pré-estabelecida para sua realização (Holz & Bianco, 2014). Para esse exercício Holz e Bianco (2014) apontam a necessidade do que chamam de humildade intelectual, entendida por Durrive e Schwartz (2008) como a condição de disponibilidade, considerada como não natural e que requer dos envolvidos que operem provisoriamente nos dois polos (saberes técnicos e científicos – polo I; saberes imanentes às atividades – polo II). Os autores esclarecem que é necessário que “emerja então um terceiro pólo a fim de fazer trabalhar os dois primeiros de modo cooperativo [humildade e rigor na referência ao saber], de maneira a produzir um saber inédito a propósito da atividade humana” (Durrive & Schwartz, 2008, p.25). O terceiro polo, segundo Schwartz e Durrive (2010) é o polo da exigência filosófica ou ergológica,

portanto, da filosofia como disciplina. Envolve, assim, uma exigência ética, de respeito, necessária a compreensão do *estar em atividade*, afirmando que “nosso semelhante, tanto quanto qualquer um de nós é foco de debates, lugar dessa dialética permanente entre o ‘impossível e o invível’” (Schwartz & Durrive, 2010, p.266). O terceiro polo contorna e possibilita o desenvolvimento de diálogos e debates entre os dois outros polos. O DD3P opera via linguagem no encontro dos pontos de vista de cada um sobre o seu próprio trabalho, debatendo ângulos distintos e complementares, produzindo novos conhecimentos (Soldera, 2015). Não há, assim, julgamento valorativo entre conhecimento dos polos I e II. Ambos são convocados a uma análise provocativa com vista a transformar a realidade do trabalho em questão (Soldera, 2015). O DD3P como dispositivo de problematização oportuniza a recriação do espaço entre o indivíduo e a regra, abre-se espaço para o debate de normas, numa dinâmica de remodelagens e ajustamentos, envolvendo a formulação e a absorção de conhecimentos que conduzirão à transformação, processo intimamente ligado à dimensão da saúde no trabalho (Soldera, 2015).

Cunha e Alves (2012) afirmam que o interesse das contribuições da EA e da ergologia está pontualmente em reincorporar os *sujeitos* do trabalho às análises que o circunscrevem. Os autores ponderam que a atividade humana está no centro das hipóteses da EA e da Ergologia e que para ambas é do ponto de vista da atividade que o trabalho é investigado. Desse modo, “a análise da atividade é centrada no que o trabalhador faz, em suas ações, seu funcionamento, suas intenções, seus valores e competências, seus saberes, nos sentidos que ele atribui a seu trabalho e às tarefas cuja realização lhe é atribuída” (Cunha & Alves, 2012, p.25).

A presente tese delineia reflexões acerca de elementos potencialmente favoráveis ao processo de avaliação e intervenção voltados para a reinserção no trabalho

de um servidor com restrição, considerando os demais trabalhadores envolvidos nesse contexto, bem como os processos de trabalho que balizam a situação laboral no qual estão inseridos. Assim sendo, considera-se relevante obter-se uma compreensão da incapacidade adquirida pelo trabalhador que elucide elementos das restrições de saúde e da segurança no trabalho e que seja entendida numa perspectiva que contemple as capacidades e as potencialidades do trabalhador, sendo a CIF diretriz pertinente. Outro elemento importante envolve considerar o trabalho e o trabalhador em atividade como eixo essencial em todo o decurso das ações de reinserção podendo ser profícuo considerar os referenciais das ciências do trabalho.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Descrever e analisar, sob a luz dos referenciais teóricos da ergologia, da ergonomia da atividade e em conformidade com os pressupostos da Classificação Internacional de Incapacidade, Funcionalidade e Saúde, o processo de reinserção de servidores públicos federais com restrição laboral.

2.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos correspondem a explorações teóricas e empíricas de problemáticas referentes ao objetivo geral e compuseram os 5 estudos apresentados nesta tese:

- ✓ Estudo 1: (a) Investigar a presença e a caracterização de queixas relacionadas a problemas no trabalho documentadas no prontuário de servidores de uma instituição federal de ensino da região sudeste, considerando os capítulos da CID 10 que geraram maior quantitativo de dias de afastamentos do trabalho em 2015. (b) Descrever o perfil desses servidores no que se refere a: sexo, idade, estado civil, escolaridade, cargo, tempo de afastamento, tempo de trabalho na instituição, presença de comorbidades, presença de laudo restritivo, referência à remoção, além do número de queixas relacionadas ao trabalho.
- ✓ Estudo 2: (a) Descrever o processo de reinserção de servidores públicos federais com restrição laboral na perspectiva de servidores com laudo, colegas e chefias de pessoas nessa condição; (b) Explorar à luz da ergologia as dramáticas do uso de si, os debates de normas, valores e saberes no cenário da reinserção laboral,

identificando pontos de articulação e de contribuição dos saberes da CIF e da ergonomia da atividade.

- ✓ Estudo 3: Identificar, em conformidade com a CIF, os facilitadores e as barreiras percebidas processo de reinserção de servidores públicos federais com restrição laboral na perspectiva de servidores com laudo, colegas e chefias de pessoas nessa condição.
- ✓ Estudo 4: Propor o formulário “Análise da Performance no Trabalho” para a avaliação complementar do desempenho do trabalhador frente as demandas de sua atividade de trabalho.
- ✓ Estudo 5: Apresentar a implantação de ações de Reabilitação Funcional em uma Instituição Federal de Ensino Superior da região Sudeste.

3. MÉTODO, RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 O processo de reinserção laboral e a Saúde do Trabalhador: principais etapas e fatores envolvidos

3.1.1 Estudo 1

Estudo do perfil de servidores públicos federais com maior quantitativo de dias de afastamento do trabalho: uma análise a partir da presença de queixas relacionadas a problemas no trabalho

No relatório estatístico anual produzido pelo Serviço de Saúde do Trabalhador (SST) de uma instituição federal de ensino da região sudeste (IFES) tem-se dados sobre a frequência e os principais diagnósticos relacionados a afastamentos no trabalho. No entanto, não há dados sistematizados que permitam identificar se o espectro de sintomas e queixas documentados nos atendimentos realizados no SST estão, de alguma forma, relacionados a relatos de problemas no trabalho. Em nenhum outro dado do relatório a exploração dessa problemática pode ser realizada direta ou indiretamente. Desse modo, elucidar aspectos desse cenário pode trazer indicativos importantes e complementares aos dados estatísticos já produzidos, de modo a orientar o desenvolvimento de ações e projetos voltados para a promoção à saúde do trabalhador, prevenção de agravos dos servidores já em processo de adoecimento, além de permitir a identificação de elementos adicionais que norteiem o delineamento de ações prioritárias do SST.

Este estudo tem como objetivo investigar a presença e a caracterização de queixas relacionadas a problemas no trabalho documentadas no prontuário de servidores de uma instituição federal de ensino (IFES) da região sudeste, considerando os capítulos

da CID 10³ que geraram maior quantitativo de dias de afastamentos do trabalho em 2015, além de descrever o perfil desses servidores no que se refere a: sexo, idade, estado civil, escolaridade, cargo, tempo de afastamento, tempo de trabalho na instituição, presença de comorbidades, presença de laudo restritivo, referência à remoção, além do número de queixas relacionadas ao trabalho.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo, cujo método utilizado foi a pesquisa documental. Segundo Godoy (1995, p. 21) a pesquisa documental consiste no “exame de materiais de natureza diversa, que ainda não receberam um tratamento analítico, ou que podem ser reexaminados, buscando-se interpretações novas e/ou complementares”. A autora afirma que dados de natureza documental podem ser considerados uma fonte natural de informações já que têm origem num determinado contexto histórico, econômico e social, cuja análise possui potencial para identificação de tendências no comportamento de um fenômeno.

No presente estudo, a análise documental envolveu o relatório estatístico do SST (Oliveira, Soares, Faria & Souza, 2016) que apresenta dados do ano de 2015, o acesso a seu banco de dados brutos e aos prontuários dos pacientes. O recorte do estudo envolveu a seleção de prontuários considerando os capítulos da CID10 que geraram maior número de dias de afastamento do trabalho em 2015.

³ A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, em sua décima revisão (CID10), é publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e visa padronizar a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde. A CID10 fornece códigos relativos à classificação de doenças e de uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças. A cada estado de saúde é atribuída uma categoria única à qual corresponde um código CID10. Cabe informar que sua 11ª revisão possui data de vigência posterior à época da coleta de dados desta pesquisa.

Seleção da amostra

A partir da identificação dos capítulos da CID10 que no ano de 2015 geraram maior quantitativo de dias de afastamentos do trabalho, foram filtrados os principais diagnósticos de cada capítulo considerando este quesito. Após aplicados os critérios de exclusão mais à frente descritos, todos os prontuários que compuseram esse recorte foram analisados.

Segundo o relatório institucional (Oliveira, Faria, Souza & Porto, 2016) no ano de 2015 os afastamentos dos servidores da IFES, por motivos de saúde, somaram 59.907 dias, sendo 19,8% com diagnósticos relacionados aos "Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99)"; 19,6% relacionados aos "Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00-Z99)" e 14,5%, às "Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99)". O capítulo da CID 10 referente aos "Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00-Z99)", apesar de ser o segundo grupo responsável pelos afastamentos no trabalho na IFES pesquisada, não apresenta relevância para o objeto de investigação desse estudo – queixas relacionadas a problemas no trabalho – dado que sua caracterização está ligada a atendimentos administrativos como exame para posse, exames ocupacionais, exames e observação após acidente de trabalho, solicitação de licença para acompanhamento de familiar, entre outros.

Dessa forma, os capítulos da CID 10 que compuseram essa pesquisa envolveram os "Transtornos mentais e comportamentais (CID 10 F00-F99)" e as "Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99)". Conforme os dados estratificados por diagnóstico (Oliveira, Faria, Souza & Porto, 2016), o estudo prosseguiu com a análise de todos os prontuários de servidores que se afastaram em

2015 pelos diagnósticos primários dentro das categorias da CID10 que geraram maior número de dias de afastamento, a saber:

- capítulo V da CID10 “Transtornos mentais e comportamentais” (F00-F99): F43 (“Reações ao ‘stress’ grave e transtornos de adaptação”), totalizando 70 servidores;
- capítulo XIII da CID10 “Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo” (M00-M99): M54 (“Dorsalgia”), totalizando 185 servidores.

Desse modo, perfazendo um total de 255, todos os prontuários circunscritos ao recorte acima compuseram o universo amostral dessa pesquisa. Desses, 162 foram excluídos pelos seguintes critérios: (1) servidor lotado no Hospital das Clínicas vinculado à IFES, dado que abordar particularidades do trabalhador no contexto hospitalar não compõe o escopo do presente trabalho; (2) prontuários não localizados ou que não estavam disponíveis no período da coleta de dados. Assim, compuseram a amostra final 93 prontuários, sendo 35 pertencentes ao capítulo V da CID10 “Transtornos mentais e comportamentais” (F00-F99), com diagnóstico primário de F43 (“Reações ao ‘stress’ grave e transtornos de adaptação”) e 58 ao capítulo XIII da CID10 “Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo” (M00-M99), com diagnóstico primário de M54 (“Dorsalgia”).

Análise de dados

Os dados referentes ao perfil da amostra foram analisados por meio de estatística descritiva, sendo eles: sexo, idade, estado civil, escolaridade, cargo, tempo de afastamento, tempo de trabalho na instituição, presença de comorbidades, presença de laudo restritivo, referência à remoção, além do número de queixas relacionadas ao trabalho. Foi ainda estudado o grau de significância estatística entre essas variáveis.

A análise dos dados qualitativos foi realizada por meio do procedimento da análise de conteúdo (Bardin, 1977; Oliveira, 2008), apontada por Godoy (1995) como técnica apropriada e uma das mais utilizadas nesse tipo de pesquisa. A AC reúne “técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a interferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 1977, p.42). Ela consiste em uma técnica para produzir inferências de um texto focal para seu contexto social de maneira objetivada. Essa produção se dá fundamentada no aporte teórico reunido pelo pesquisador e à luz de seu objetivo de pesquisa em um processo de codificação que produz uma nova informação do texto analisado. Desse modo “não é possível reconstruir o texto original uma vez codificado; a irreversibilidade é o custo de uma nova informação” (Bauer, 2008, p.191).

Nesse trabalho foram seguidas as etapas da AC definidas por Bardin (2000), também descritas por Oliveira (2008). Contou-se ainda com a participação de 2 juízes que arbitraram sobre a alocação dos extratos de fala nas categorias apresentadas pela pesquisadora, além de criticarem a nomenclatura e organização das categorias. Iniciou-se com uma pré-análise do material, etapa na qual se realizam procedimentos como realizar uma primeira leitura, chamada de leitura flutuante, de todo o material textual produzido pelos respondentes. A partir de então, o pesquisador pode transformar suas intuições em hipóteses a serem validadas ou não pelas etapas subsequentes. Das hipóteses formuladas é possível extrair critérios de classificação e codificação dos resultados obtidos em unidades de significação que configuram temas. Assim, “fazer uma análise temática, consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição podem significar alguma coisa

para o objetivo analítico escolhido” (Bardin, 1977, p.105). Foi feita a contagem da frequência dos temas com o intuito de considerar que essa identificação pode indicar temas mais críticos e apontar prioridades na elaboração de estratégias de intervenção frente a problemática investigada. Os resultados da análise de conteúdo temática estão organizados em quadros, acompanhados dos números absolutos de trechos e de prontuários. Nos eixos temáticos, categorias e subcategorias, as respectivas porcentagens apresentadas foram calculadas em relação ao número total de trechos e de prontuários analisados.

RESULTADOS

- Perfil da amostra e análise quantitativa

Dos 93 prontuários analisados, 75,3% são de mulheres; aproximadamente 70% dos servidores possuem mais de 40 anos; servidores casados e solteiros representam o mesmo percentual na amostra, 37,6% em cada situação; 62,4% têm curso superior ou pós-graduação e 30,2% tem escolaridade até o ensino médio; 35,5% ocupam o cargo de Assistente em Administração e 11,8% são professores (Tabela 11).

Tabela 11

Distribuição dos servidores quanto às características sócio-demográficas

Características	Frequência	Percentual
Sexo		
Feminino	70	75,3
Masculino	23	24,7
Total	93	100
Faixa Etária		
De 20 a 30 anos	3	3,2
De 31 a 40 anos	25	26,9
De 41 a 50 anos	20	21,5
De 51 a 60 anos	40	43,0
De 61 a 70 anos	5	5,4
Total	93	100,0

Estado Civil		
Casado	35	37,6
Solteiro	35	37,6
Divorciado/Separado	13	14,0
Viúvo	3	3,2
Outros/Não informado	7	7,5
Total	93	100,0
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	2	2,2
Ensino Médio Completo	26	28,0
Ensino Superior Incompleto	1	1,1
Ensino Superior Completo	49	52,7
Especialização	5	5,4
Mestrado	4	4,3
Não Informado	6	6,5
Total	93	100,0
Cargo		
Administrador	4	4,3
Assistente em Administração	33	35,5
Assistente Social	1	1,1
Auditor	1	1,1
Auxiliar de Enfermagem	4	4,3
Auxiliar em Administração	7	7,5
Bibliotecário-Documentalista	6	6,5
Contador	1	1,1
Enfermeiro	1	1,1
Intérprete de Linguagem de Sinais	1	1,1
Médico Veterinário	1	1,1
Médico-Área	1	1,1
Mestre de Edificações e Infraestrutura	3	3,2
Professor	11	11,8
Recepcionista	3	3,2
Revisor de Provas Tipográficas	1	1,1
Secretário Executivo	1	1,1
Técnico de Laboratório	7	7,5
Técnico em Assuntos Educacionais	2	2,2
Técnico em Química	1	1,1
Técnico em Radiologia	1	1,1
Telefonista	2	2,2
Total	93	100,0

Fonte: Dados IFES/Unidade SIASS

Considerando a classificação dos cargos por níveis, entre os servidores de cargos de nível C (exigência mínima de ensino fundamental), a média de afastamento por servidor foi de 42,9 dias, já entre os servidores de nível D (exigência mínima de ensino médio, a depender do cargo curso técnico e/ou experiência profissional), foi de 20,6 dias e, entre os servidores de nível E (curso superior), de 19,7 dias (Tabela 12).

Tabela 12

Distribuição dos dias de afastamentos e servidores afastados, por categorias da unidade de administração

Nível dos Cargos	Dias de Afastamentos	Nº Servidores	Média Afastamento /Servidor
C	643	15	42,9
D	970	47	20,6
E	591	30	19,7
Não informado	1	1	1,0
Total	2.205	93	23,7

Fonte: Dados IFES/Unidade SIASS

Os servidores da amostra tinham, no período avaliado, idade média de 46,7 anos (desvio-padrão = 10,0), sendo a idade mínima observada de 22,6 anos e a máxima de 67,8; trabalhavam na universidade em média há 16,7 anos, sendo o mínimo de 0,6 anos e o máximo de 46,8 anos (Tabela 13).

Tabela 13

Estatística descritiva da idade dos servidores (em anos) e tempo de trabalho na IFES (em anos)

Tempo de IFES	Tempo de IFES	Idade do Servidor
N	Válido	93
Média	16,7	46,7
Desvio-padrão	12,5	10,0
Variância	157,5	100,5
Mínimo	,6	22,6
Máximo	46,8	67,8
1º Quartil	5,4	36,9
2º Quartil (Mediana)	18,3	49,4
3º Quartil	27,4	54,4

Fonte: Dados IFES/Unidade SIASS

Além dos diagnósticos identificados a partir dos critérios de seleção da amostra (F43 e M54), 68% (63 servidores) possuíam à época comorbidades. Entre esses, 21 apresentaram outro(s) diagnóstico(s) no capítulo de transtornos mentais e comportamentais (F00-F99), 33 apresentaram outro(s) diagnóstico(s) no capítulo de doenças osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99) e 19 apresentaram diagnóstico(s) incluídos em outros capítulos da CID10.

Em 48% (45 servidores) da amostra analisada foi identificada registros de queixas relacionadas ao trabalho. O mínimo de queixas foi de uma, caso de 17

servidores; e o máximo encontrado foi de 11 queixas, caso de um servidor; além de outros 4, que tiveram 8 ou mais queixas (Tabela 14).

Tabela 14

Distribuição dos servidores, por quantidade de queixas

Nº Queixas	Frequência	Percentual
1	17	37,8
2	11	24,4
3	4	8,9
4	7	15,6
5	1	2,2
7	1	2,2
8 ou mais	4	8,9
Total	45	100,0

Fonte: Dados IFES/Unidade SIASS

O número total de dias de afastamentos concedidos aos 93 servidores, independente da ocorrência de alguma queixa referente ao trabalho, foi de 2.205 dias, com média de 23,7 dias de afastamentos para cada servidor, no período analisado. Dos 45 servidores com queixas relacionadas ao trabalho 71% se afastaram do trabalho na ocasião em que essas foram registradas. Desse recorte amostral, a média de dias de afastamento foi de 51,5 dias, com desvio-padrão igual a 60,4, mínimo de 5 dias e máximo de 295 dias (Tabela 15).

Tabela 15

Estatísticas descritivas dos dias de afastamentos referentes às queixas relacionadas ao trabalho

Estatísticas	
N	32
Média	51,5
Desvio-padrão	60,4
Variância	3642,8
Mínimo	5,0
Máximo	295,0
1º Quartil	10,8
Mediana	31,0
3º Quartil	56,8

Fonte: Dados IFES/Unidade SIASS

Dos 93 servidores, 25,8% fizeram referência à remoção da unidade de lotação. Verificou-se diferença estatística significativa, em relação aos servidores que tinham referência à remoção, daqueles que não tinham feito referência, no que se refere ao “Total de queixas”, “Número de dias de afastamento quando houve queixa relacionada ao trabalho” (n-diasAF/queixas-trab) e ao “Total de dias de afastamentos” (Tabela 16). Foi observado maiores valores de tendência central (média e mediana), entre os servidores que tinham feito referência à remoção.

Tabela 16

Valores de total de queixas, número de dias afastamento quando houve queixa relacionada ao trabalho, número de afastamentos quando houve queixa relacionada ao trabalho e total de dias de afastamento, por referência à remoção

Referência à remoção	total de queixas		n-diasAF/queixas-trab		n-AF/queixas-trab		total de dias de afastamento	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
N -válido	67	23	14	18	14	19	69	24
N- não informado/não válido*	2	1	55*	6*	55*	5*	0	0
Média	0,5	4,0	20,4	75,6	1,4	2,6	14,1	51,5
Mediana	0,0	4,0	17,0	45,0	1,0	2,0	5,0	22,5
Desvio-padrão	0,9	2,7	16,0	71,0	0,9	1,7	21,6	72,5
Variância	0,8	7,5	254,9	5037,3	0,7	2,8	468,5	5253,7
IC. 95% Lim. Inf.	1,2	3,0	11,2	40,3	0,9	1,8	1,5	12,6
IC. 95% Lim. Sup.	2,2	5,8	29,7	110,91	1,92	3,5	32,3	92,2
p-valor (Teste M-W)	<0,001		0,002		0,005		0,0001	

Fonte: Dados IFES/Unidade SIASS; Teste não paramétrico de Mann-Whitney; *servidores que mesmo tendo se afastado do trabalho não apresentaram queixas relacionadas ao trabalho

Da amostra analisada, 10,8% apresentaram laudos restritivos das atividades laborais. Entre os servidores com laudo restritivo, identificou-se diferença estatística significativa em relação ao “total de queixas” e ao “total de dias de afastamentos”, sendo observados maiores valores de tendência central, entre os servidores com laudo restritivo (Tabela 17).

Tabela 17

Valores de total de queixas, número de dias afastamento quando houve queixa relacionada ao trabalho, número de afastamentos quando houve queixa relacionada ao trabalho e total de dias de afastamento, por laudo restritivo

Laudo restritivo	Total de queixas		n-diasAF-queixas-trab		n-AF-queixas-trab		Total de dias de afastamento	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
N -válido	82	8	29	3	30	3	83	10
N- não informado/não válido*	1	2	54*	7*	53*	7*	0	0
Média	1,3	2,8	41,8	144,7	2,0	3,3	21,0	46,6
Mediana	0,0	2,0	30,0	120,0	2,0	2,0	5,0	31,5
Desvio-padrão	2,1	2,4	40,2	139,6	1,2	3,2	43,2	45,2
Variância	4,5	5,9	1613,4	19500,3	1,6	10,3	1870,2	2041,6
IC. 95% Lim. Inf.	2,2	0,0	26,6	0,0	1,5	0,0	11,1	0,0
IC. 95% Lim. Sup.	4,11	12,6	57,11	491,56	2,45	11,32	68	128
p-valor (Teste MW)	0,014		0,184		0,479		0,045	

Fonte: Dados IFES/Unidade SIASS; Teste não paramétrico de Mann-Whitney; *servidores que mesmo tendo se afastado do trabalho não apresentaram queixas relacionadas ao trabalho

- Análise de conteúdo e contagem de frequência dos temas

Dada a complexidade dos dados foi necessário analisa-los em duas perspectivas.

A primeira, “Adoecimento do servidor e o contexto do trabalho: queixas, sintomas e alterações comportamentais”, contemplou como principal forma de organização dos dados a natureza do processo de adoecimento, a manifestação de queixas e sintomas, bem como vivências ligadas ao retorno ao trabalho após o adoecimento. A segunda perspectiva de análise dos dados “Adversidades no contexto do trabalho e a saúde do trabalhador: fatores institucionais e interpessoais” abarcou elementos de interface da saúde do servidor com a dinâmica organizacional, o relacionamento interpessoal, os processos de comunicação, as adversidades e a presença de relações de cooperação no trabalho. A primeira teve como prisma central a natureza nosológica presente no *corpus* de queixas, contemplando a cíclica do processo de adoecimento, de afastamento do trabalho e por fim, aspectos vivenciados no retorno à atividade laboral após período de uma licença médica. A segunda perspectiva foi delineada independente do processo de

adoecimento envolvido, o que revelou o impacto das queixas no cotidiano das relações e das práticas de trabalho.

A seguir serão apresentadas as duas perspectivas de análise, cada qual com seus eixos temáticos, categorias, subcategorias e extratos de fala a elas pertencentes. Sempre que necessário para preservação do sigilo quanto a identidade dos participantes, dados de identificação do servidor foram ocultados dos extratos de fala através do uso de colchetes “[]”, tais como: nome, lotação, cargo, atividades de trabalho, diagnóstico, sintomas, restrições laborais.

Destaca-se que a contagem de prontuários por eixo temático não é a soma dos prontuários listados nas categorias e subcategorias, dada a ocorrência de diferentes trechos de um mesmo prontuário distribuídos ao longo de uma ou mais categorias e subcategorias. Juntamente com o número absoluto de trechos e de prontuários em cada eixo temático, categoria e subcategorias foi indicado seu equivalente percentual, sempre calculado em relação ao total de trechos de cada corpus e considerando o universo de 93 prontuários. Os números decimais foram arredondados para o número inteiro mais próximo.

Análise 1 (A1): Adoecimento do servidor e o contexto do trabalho: queixas, sintomas e alterações comportamentais

A Tabela 18 apresenta uma visão geral da análise dos dados cujo prisma central envolveu o processo de adoecimento do servidor e suas eventuais interfaces com seu contexto de trabalho, atentando-se para manifestações do servidor no formato de queixas, sintomas e alterações comportamentais registrados nos prontuários. Esse *corpus* apresentou um total de 82 trechos identificados nos 93 prontuários que compuseram a amostra.

Tabela 18

Análise 1: Adoecimento do servidor e o contexto do trabalho: queixas, sintomas e alterações comportamentais, visão geral dos eixos temáticos e categorias

EIXOS TEMÁTICOS	CATEGORIAS	total= 82 trechos; 93 prontuários
EIXO 1 Saúde Mental 49 trechos (60%) 24 prontuários (26%)	Queixas e intercorrências no trabalho pouco especificadas	14 trechos (17%), 10 prontuários (11%) [P1, P2, P3, P6, P16, P20(4), P32, P38(2), P41, P46]
	Queixas e intercorrências no trabalho ligadas a conflitos e às relações interpessoais	14 trechos (17%), 6 prontuários (6%) [P6(2), P7, P18, P20(6), P44, P45(3)]
	Queixas relacionadas a problemas pessoais ou fatores externos ao trabalho	10 trechos (12%), 9 prontuários (10%) [P1, P5, P10, P13, P16, P21, P27(2), P31, P42]
	Referência à atividade de trabalho, à organização do trabalho e às condições de trabalho	11 trechos (13%), 7 prontuários (8%) [P3, P9, P18(4), P22(2), P24, P33, P42]
EIXO 2 Saúde Física 14 trechos (17%) 12 prontuários (13%)	Queixas relacionadas a problemas pessoais ou fatores externos ao trabalho	1 trecho (1%), 1 prontuário (1%) [P36]
	Referência à atividade de trabalho, à organização do trabalho e às condições de trabalho	13 trechos (16%), 11 prontuários (12%) [P5, P25, P26, P28, P29, P30, P34, P37, P39(2), P40, P43(2)]
EIXO 3 Queixas inespecíficas ou mistas 9 trechos (11%) 7 prontuários (8%)	Queixas e problemas no trabalho pouco especificados	6 trechos, 5 prontuários [P1, P17(2), P19, P28, P41]
	Queixas e problemas no trabalho ligados a conflitos e às relações interpessoais	3 trechos, 2 prontuários [P27(2), P45]
EIXO 4 Processo de retorno ao trabalho		10 trechos (12%), 8 prontuários (9%) [P1(3), P4, P14, P15, P17, P18, P41, P43]
10 trechos (12%), 8 prontuários (9%)		

A Tabela 19 apresenta extratos de fala do Eixo temático 1, “Saúde Mental”, que abarcou as queixas envolvendo predominantemente questões de saúde mental. Trata-se do eixo que concentrou a maior parte dos relatos identificados.

Tabela 19
Eixo temático 1, Saúde Mental.

EIXO TEMÁTICO 1	CATEGORIAS	TRECHOS
Saúde Mental 49 trechos (60%) 24 prontuários (26%)	Queixas e intercorrências no trabalho pouco especificados	<i>Relata quadro de ansiedade, problemas no ambiente de trabalho. (P16)</i> <i>Quadro depressivo decorrente de não adaptação ao local de trabalho. (P38)</i> <i>(...) Relata que está passando por um período bastante delicado em seu local de trabalho, que desencadeou uma depressão. (P46)</i>
	Queixas e intercorrências no trabalho ligados a conflitos e às relações interpessoais	<i>Servidora com quadro de conflito no local de trabalho ("assédio") tendo evoluído com quadro emocional de ansiedade + taquicardia + vômitos. (P7)</i> <i>(...) Relata estar tendo problemas com seu colega de trabalho, o que está piorando os sintomas de fibromialgia e de depressão. (P18)</i> <i>Relata que (...) "houve desentendimentos no setor de trabalho devido a problemas pessoais, tendo desde então reiniciado tratamento psiquiátrico. (...) Hoje vem à perícia relatando que "ainda sente-se preocupada com o andamento da situação vivida no trabalho." (P44)</i>
	Queixas relacionadas a problemas pessoais ou fatores externos ao trabalho	<i>Seu retorno ao trabalho foi complicado pois não se sentia pronta para assumir os trabalhos e deixar a criança (...). (P1)</i> <i>(...) o filho adolescente está usando drogas ilícitas e (...). Percebe-se desatenta, com baixo rendimento no cotidiano e no trabalho (...). (P5)</i> <i>(...) O tratamento da filha vem sendo complicado e sente não suportar as cobranças familiares e profissionais. (P13)</i>
	Referência à atividade de trabalho, à organização do trabalho e às condições de trabalho	<i>(...) se sente insuficiente para atender toda a demanda e tem perdido a paciência com os alunos (...). (P3)</i> <i>(...) relata sua sensação de inutilidade no ambiente de trabalho (...). (P18)</i> <i>(...) Reconhece sua rotina de trabalho como principal desencadeante da recorrência dos sintomas depressivos. Queixa-se do seu setor de trabalho: (...) demandas excessivas (...) atividades incessantes (...). (P24)</i> <i>Durante toda a consulta queixa-se das condições de trabalho (...). Oriento paciente a procurar psiquiatra (queixa de estresse relacionado ao local de trabalho). (P33)</i> <i>Queixa-se de desânimo e ansiedade, relacionados ao trabalho, uma vez que, com a mudança do [setor] no qual está lotada, está sem atividades (...). (P42)</i>

A Tabela 20 apresenta extratos de fala do Eixo temático 2, “Saúde Física”, que reuniu as queixas envolvendo predominantemente o sistema osteomuscular. Esse eixo conteve a categoria com maior número de prontuários de toda a Análise 1 (Quadro 1).

Tabela 20

Eixo temático 2, Saúde Física.

EIXO TEMÁTICO 2	CATEGORIAS	TRECHOS
Saúde Física 14 trechos (17%) 12 prontuários (13%)	Queixas relacionadas a problemas pessoais ou fatores externos ao trabalho	<i>Relata não estar conseguindo trabalhar devido a dormência e dor em MSE [membro superior esquerdo]. (...) Há um ano teve trauma em MSE, vem evoluindo com dor e perda de força muscular em MSE, em acompanhamento com ortopedista. (P36)</i>
	Referência à atividade de trabalho, à organização do trabalho e às condições de trabalho	<i>Percebe seu problema de saúde (dor no braço direito) causado pelo ritmo excessivo de trabalho (digitação). Servidora pontua que os colegas não desempenham adequadamente suas funções e que "abraça" todo o serviço. (P26)</i> <i>(...) mau cheiro e muito ruído no local de trabalho (...)</i> dor lombar, gavetas e armários baixos. (P29) <i>(...) quadro de "travamento da coluna lombar" em momento de trabalho (...) necessita realizar movimentos de sentar/levantar de cadeira, rotação com o tronco. Refere que tais situações ocorrem devido a espaços restritos e com pouca opção ao trânsito interno em seu local de trabalho. (P43)</i>

A Tabela 21 apresenta extratos de fala do Eixo temático 3, “Queixas inespecíficas ou mistas”, que envolveu problemas pessoais ou fatores externos ao trabalho, questões de saúde mental, do sistema osteomuscular e/ou outros sintomas. Tal eixo agregou conteúdos com potencial inserção pertinente nos eixos 1 ou 2, no entanto, sem elementos suficientes para perfazer tal caracterização. O Eixo temático 3 cumpre o papel de evidenciar a complexidade presente nos processos de adoecimentos, bem como nas queixas multifacetadas verbalizadas por trabalhadores ao SST.

Tabela 21

Eixo temático 3, Queixas inespecíficas ou mistas.

EIXO TEMÁTICO 3	CATEGORIAS	TRECHOS
Queixas inespecíficas ou mistas 9 trechos (11%) 7 prontuários (8%)	Queixas e problemas no trabalho pouco especificados	(...) Passou a não dormir, ficando muito cansada, com prejuízo no trabalho, perdia o ponto de ônibus. (P1) (...) Relata que gosta muito do trabalho, mas que está tendo muito stress relacionado ao trabalho. Hoje teve problemas no setor de trabalho, evoluindo com mal estar geral e cefaleia (...). (P19) Está tendo problemas no trabalho que têm acarretado sintomas físicos. (P41)
	Queixas e problemas no trabalho ligados a conflitos e às relações interpessoais	(...) demonstra vulnerabilidade emocional e sintomas de ansiedade. Esse quadro se deve tanto a questões pessoais, da sua história de vida, quanto a problemas no trabalho, especificamente pelas questões vivenciadas após a mudança de [chefia]. (...) servidora identificava altas demandas físicas para desempenho de suas atividades de trabalho, tais como permanecer longos períodos em ortostatismo, efetuar carregamento de peso, deambulação em excesso e emprego de força (...). As dores e queixas relacionadas às atividades de trabalho podem ter influência de seu estado emocional, uma vez que o ambiente laboral se tornou hostil. (P27) (...) A professora abriu processo administrativo alegando que a servidora não faz bem o trabalho, que não para no setor e que chega atrasada. Relata que chegava atrasada mas sempre compensava o horário no final do dia. Para os atrasos, alega [doença do sistema osteomuscular] (...). Depois desse processo administrativo, só sei chorar, estava trabalhando ameaçada (...). (P45)

A Tabela 22 apresenta extratos de fala do Eixo Temático 4 no qual foram reunidas vivências ligadas ao processo de retorno ao trabalho após o adoecimento do servidor. É possível observar elementos dos demais eixos temáticos permeando a manifestação de queixas e dificuldades dos servidores ligadas ao processo de retorno ao trabalho após a experiência do adoecimento e seus sintomas.

Tabela 22
Processo de retorno ao trabalho

EIXO TEMÁTICO 4	TRECHOS
Processo de retorno ao trabalho 10 trechos (12%) 8 prontuários (9%)	<i>Diz, no entanto, se sentir insegura para o retorno ao trabalho. (P1)</i> <i>(...). Fala se sentir um pouco apreensiva em relação ao retorno para o trabalho, porém sabe que "precisa enfrentar isso agora ou depois". (P14)</i> <i>(...) se sentia constantemente preocupado com o retorno às aulas em [data], que continuava se sentindo ansioso (...). (P15)</i> <i>Queixa recaída(sic) do estado emocional, passou por situações estressantes relacionadas ao seu retorno ao trabalho (...). (P17)</i> <i>Quando retornou ao trabalho, conversou com o coordenador do [setor], que não foi sensível ao seu horário e não tinha sala para ela. Foi alocada na sala de [outro setor] "com móveis empilhados e ar condicionado muito frio". Nos dias que foi trabalhar, não foi lhe dada nenhuma atividade." (P43)</i>

A categoria “Queixas e intercorrências no trabalho pouco especificados” foi encontrada nos Eixos temáticos 1 e 3 e reuniu as informações que foram registradas de modo genérico e sucinto. Trata-se de uma situação que pode ocorrer reproduzindo a própria característica do relato do servidor ou por envolver conteúdos cuja descrição foi sintetizada pelo profissional, por exemplo, para preservar uma informação sigilosa.

Ainda nos eixos 1 e 3, tem-se a categoria “Queixas e intercorrências no trabalho ligados a conflitos e às relações interpessoais”, que revelou interlocuções entre o processo de adoecimento e desafios na relação entre chefia, subordinados e colegas de trabalho. A categoria “Referência à atividade de trabalho, à organização do trabalho e às condições de trabalho”, foi identificada nos Eixos temáticos 1 e 2 perfazendo elementos ligados a divisão do trabalho, regras, ritmo, jornada de trabalho, ambiente físico, mobiliário, luminosidade, ruído etc, cada qual seguindo, respectivamente, o critério de diferenciação desses eixos: problemas de saúde mental e a problemas no sistema osteomuscular. A categoria “Queixas relacionadas a problemas pessoais ou fatores externos ao trabalho”, presente nos Eixos 1 e 2, agrupou as informações registradas que revelaram aspectos da queixa do servidor não relacionados diretamente ao trabalho.

Análise 2 (A2): Adversidades no contexto do trabalho e a saúde do trabalhador: fatores institucionais e interpessoais

Na Tabela 23 apresenta-se a visão geral das categorias e subcategorias da segunda perspectiva de análise “Adversidades no contexto do trabalho e a saúde do trabalhador: fatores institucionais e interpessoais”, cujo ponto central destacou as adversidades no contexto do trabalho, manifestadas no relato de problemas e dificuldades vivenciadas pelo servidor no confronto cotidiano com fatores institucionais e demandas de relacionamento interpessoal, cuja articulação desvela repercussões na saúde do trabalhador. Este corpus apresentou um total de 240 trechos identificados nos 93 prontuários que compuseram a amostra.

Tabela 23

Análise 2: Adversidades no contexto do trabalho e a saúde do trabalhador: fatores institucionais e interpessoais, visão geral dos eixos temáticos, categorias e subcategorias

EIXOS TEMÁTICOS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	
EIXO 1 Dinâmica organizacional: as rotinas, as normas e o servidor 79 trechos (33%) 23 prontuários (25%)	Estruturação do trabalho, cargos e funções 25 trechos (10%) 11 prontuários (12%)	Treinamento: ausência ou insuficiência	6 trechos (3%), 4 prontuários (4%) [P6(3), P13, P17, P22]
		Compatibilidade das atribuições com o cargo	7 trechos (3%), 3 prontuários (3%) [P17, P18(5), P45]
		Desafios da gestão e execução do processo de trabalho	7 trechos (3%), 4 prontuários (4%) [P18(2), P21(3), P27, P37]
		Períodos de ociosidade	5 trechos (2%), 5 prontuários (5%) [P18, P21, P22, P42, P43]
	Alterações na distribuição de pessoal: Remoção e remanejamento 49 trechos (20%) 19 prontuários (20%)	Avaliação do Estágio Probatório e o sentir-se acuado	5 trechos (2%), 4 prontuários (4%) [P6, P7, P20(2), P45]
		Alteração em virtude de questões de saúde e de segurança	10 trechos (4%), 8 prontuários (9%) [P5, P13, P17, P18(2), P22(2), P27, P30, P38]
		Alterações decorrentes de intercorrências com a chefia	6 trechos (3%), 6 prontuários (6%) [P14, P21, P27, P41, P43, P45]
		Alterações decorrentes de intercorrências no trabalho	11 trechos (4%), 10 prontuários (11%) [P3, P10, P13, P18, P19, P20, P22, P24(2), P32, P38]
		Adaptação ao (novo) setor e às atribuições do trabalho: dificuldades gerais	7 trechos (3%), 6 prontuários (6%) [P5, P14, P17(2), P18, P27, P38]
		Adaptação ao (novo) setor e às atribuições do trabalho: aspectos relacionados ao servidor	8 trechos (3%), 3 prontuários (3%) [P17, P21(5), P24(2)]
		Referência quantitativa a pedidos de remoção	7 trechos (3%), 5 prontuários (5%) [P18, P21, P22, P24(2), P27(2)]
EIXO 2 Processo de Comunicação entre Gestores e Servidores 16 trechos (7%) 12 prontuários (12%)	Pontos Vulneráveis no processo de comunicação 10 trechos (4%) 9 prontuários (10%)	Fragilidades no processo de comunicação entre gestores e servidores	2 trechos (1%), 2 prontuários (2%) [P17, P27]
		Condutas e decisões do gestor sem critérios objetivos para o servidor	8 trechos (3%), 8 prontuários (9%) [P6, P10, P13, P17, P22, P23, P31, P45]
	Configuração do Diálogo servidor-chefia 6 trechos (3%) 4 prontuários (4%)	Com mediação institucional de órgão externo ao setor de origem do servidor e chefia	2 trechos (1%), 2 prontuários (2%) [P21, P22]
		Sem mediação institucional de órgão externo ao setor de origem do servidor e chefia	4 trechos (2%), 3 prontuários (3%) [P18(2), P22, P43]

EIXO 3 Adversidades no trabalho	Registros e relatos gerais ou pouco específicos de problemas no trabalho		10 trechos (4%), 7 prontuários (8%) [P2, P12, P16(3), P17, P19(2), P22, P41]
	Desesperança e condutas extremas		6 trechos (3%), 4 prontuários (4%) [P11, P15, P16(2), P18(2)]
	Irritabilidade percebida no trabalho		5 trechos (2%), 4 prontuários (4%) [P3, P9, P18, P41(2)]
	Pressão e estresse percebidos no trabalho		11 trechos (5%), 10 prontuários (11%) [P1, P3, P17(2), P18, P19, P24, P28, P33, P34, P45]
	Incapacidade percebida pelo servidor para realizar o trabalho		9 trechos (4%), 6 prontuários (6%) [P3, P17(2), P19, P24(3), P35, P36]
	Sobrecarga percebida no trabalho	Relatos do servidor	15 trechos (6%), 11 prontuários (12%) [P3(3), P10(2), P11, P18(2), P22, P26, P28, P31, P34, P37, P45]
	19 trechos (8%) 13 prontuários (14%)	Relato de chefias	4 trechos (2%), 3 prontuários (3%) [P1(2), P9, P11]
	Relacionamento interpessoal e situações de conflito no trabalho	Situações pouco específicas	6 trechos (3%), 6 prontuários (6%) [P1, P7, P13, P17, P22, P44]
		Servidor com chefia e colegas	2 trechos (1%), 2 prontuários (2%) [P21, P46]
		Servidor com chefia	12 trechos (12%), 7 prontuários (8%) [P11, P17(2), P21(3), P22, P24, P27(3), P41]
		Servidor com colegas	15 trechos (6%), 11 prontuários (12%) [P10, P14, P17, P18(2), P19, P21, P22(2), P23, P24, P41(3), P45]
	Opressão, injustiça, assédio moral e desrespeito percebidos no trabalho		15 trechos (6%), 11 prontuários (12%) [P4(3), P7, P10, P14(2), P16(2), P18, P19, P27, P35, P41, P45]
	Receio de ser estigmatizado por sua condição de saúde		2 trechos (1%), 1 prontuário (1%) [P1(2)]
	Desvalorização percebida no trabalho		12 trechos (5%), 8 prontuários (9%) [P6(2), P17(4), P18, P22, P23, P27, P41, P46]
	Condições de trabalho e segurança		10 trechos (4%), 8 prontuários (9%) [P17, P18, P24, P29, P33, P39, P42, P43(3)]
	Procura ao SST para registro de ocorrências e busca de ajuda para problemas no trabalho		7 trechos (3%), 6 prontuários (6%) [P3, P7, P15, P16, P17(2), P18]
EIXO 4 Relações de cooperação no trabalho	Presença de compreensão e suporte para com o servidor		4 trechos (2%), 4 prontuários (4%) [P1, P15, P20, P24]
4 trechos (2%) 4 prontuários (4%)			

Nas Tabelas 24, 25 e 26 apresenta-se os extratos de fala do Eixo temático 1 “Dinâmica organizacional: as rotinas, as normas e o servidor” que concentra o conteúdo referente a aspectos normativos, administrativos, gerenciais e operacionais do funcionamento da instituição, que perfeitamente fez 79 trechos (33%) e 23 prontuários (25%). Esse eixo agrupa 3 categorias. A primeira categoria “Estruturação do trabalho, cargos e funções”, abarcou as seguintes subcategorias: “Treinamento: ausência ou insuficiência”, que sinaliza o treinamento como elemento importante para o desenvolvimento das dinâmicas do trabalho; “Compatibilidade das atribuições com o cargo”, aponta a complexidade da definição de atividades e funções laborais compatíveis com as atribuições do cargo do servidor; “Desafios da gestão e execução do processo de trabalho”, subcategoria que apresenta traços e fragilidades no processo de definições de tarefas e no grau de responsabilidade do servidor ou gestor diante do processo de trabalho; e “Períodos de ociosidade”, subcategoria que deflagra uma das consequências de desajustes dos elementos apresentados nas categorias anteriores.

Tabela 24

Eixo Temático 1, “Dinâmica organizacional: as rotinas, as normas e o servidor”;
Categoria “Estruturação do trabalho, cargos e funções”

CATEGORIA: Estruturação do trabalho, cargos e funções 25 trechos (10%); 11 prontuários (12%)	
SUBCATEGORIAS	TRECHOS
Treinamento: ausência ou insuficiência	(...) conta que não sabia realizar os serviços que lhe eram designados. (P6) (...) transferida sem (...) treinamento no novo setor. (...). (P13) Relata que desde a sua posse foi jogada no setor. E que não conhecia a rotina de trabalho (...) foi treinada somente por [número] dias (...) tem várias normas, prazos (...). (P22)
Compatibilidade das atribuições com o cargo	"(...) comparece com relatório da psiquiatra recomendando que não seja exposta a "ambientes estressantes, pressão por produtividade, atendimento ao público ou barulho excessivo". (...) conclusão do [serviço multiprofissional do SST] "a condição de convívio interpessoal é inerente ao trabalho no serviço público" (...). (P17) (...) servidor não concordava que atender ao público fosse parte de suas funções. (...). (P18) (...) tem sido cobrada no sentido de rever processos antigos de [assunto] e que isto tem sido distribuído de forma comum para [cita nome de 3 cargos]. Considera (...) desvio de função (...). (P18) (...) Alega que nunca se negou fazer nada que os professores pedem [cita atividades de organização e limpeza não ligadas ao cargo] (...). (P45)

Desafios da gestão e execução do processo de trabalho	(...) o outro foi a questão do horário, só chegava atrasada "isso causou desconforto na equipe" (...) deixou vários processos arquivados sem o encaminhamento adequado, que só foram encontrados porque as pessoas começaram a reclamar da demora e estavam encaixotados no armário da servidora que estava de licença [relato da chefia]. (P18) [A chefia formal] não soube informar com precisão todas atividades delegadas à servidora (...). (P21) (...) Informa ser perfeccionista, não gosta de deixar nada por fazer e acaba assumindo funções que não são suas. (P37)
Períodos de ociosidade	(...) "eu preciso de uma licença médica, porque não consigo ficar 8 horas por dia sem fazer nada absolutamente". (P21) (...) Estou sendo tratada com exclusão. Estou numa sala sozinha, sem atividades e isso contribuiu muito para minha internação no [hospital psiquiátrico] (...). (P22)

A categoria “Avaliação do Estágio Probatório e o sentir-se acuado” (Tabela 25) condensa sentimentos de angústias e medo de reprovação ligados a situações de instabilidade na saúde e no trabalho.

Tabela 25

Eixo Temático 1, “Dinâmica organizacional: as rotinas, as normas e o servidor”;
Categoria “Avaliação do Estágio Probatório e o sentir-se acuado”

CATEGORIA	TRECHOS
Avaliação do Estágio Probatório e o sentir-se acuado 5 trechos (2%) 4 prontuários (4%)	(...) quero sair do setor senão não vou passar no estágio probatório. Relata que o diretor fez sua avaliação de desempenho e lhe deu 25% em vários itens, só em dois tirei 50%. (P6) Servidora relata ter tido problemas com um colega de trabalho durante a avaliação de estágio probatório. (...). (P7) Relata recidiva de quadro depressivo-ansioso que relaciona como o fato de até hoje não ter sido publicada sua portaria conferindo estabilidade após o estágio probatório (...). (P20)

A categoria “Alterações na distribuição de pessoal: Remoção e remanejamento” (Tabela 26) apresenta uma ferramenta institucional muitas vezes recorrida pelo servidor como “solução” para dificuldades no trabalho. A três primeiras subcategorias “Alteração em virtude de questões de saúde e de segurança”, “Alterações decorrentes de intercorrências com a chefia” e “Alterações decorrentes de intercorrências com trabalho” indicam os principais grupos de motivações de pedidos de remoção na amostra analisada. As subcategorias “Adaptação ao (novo) setor e às atribuições do trabalho: dificuldades gerais”, “Adaptação ao (novo) setor e às atribuições do trabalho: aspectos relacionados ao servidor” revelam desafios gerais da adaptação do servidor ao

trabalho, bem como de questões ligadas ao perfil do servidor que sugerem que a remoção tende a ser uma medida paliativa em alguns casos. Já a última subcategoria “Referência quantitativa a pedidos de remoção” indica percepções dos servidores da existência de setores mais críticos para a adaptação ao trabalho e certa estigmatização de pessoas que já passaram por vários setores na IFES.

Tabela 26

Eixo Temático 1, “Dinâmica organizacional: as rotinas, as normas e o servidor”;
Categoria “Alterações na distribuição de pessoal: Remoção e remanejamento”

CATEGORIA: Alterações na distribuição de pessoal: Remoção e remanejamento 49 trechos (20%); 19 prontuários (20%)	
SUBCATEGORIAS	TRECHOS
Alteração em virtude de questões de saúde e de segurança	(...) foi afastada imediatamente do contato com [produto químico] (...) Foi levada para [novo setor] (...). (P5) (...) com a licença de uma colega sua carga de trabalho aumentou e ela pediu remoção do setor alegando que os sintomas estavam voltando (...). (P18) (...) ambos [relatórios médicos] recomendando a avaliação da possibilidade de troca de setor de trabalho. (...) bastante chorosa ao mencionar suas dinâmicas de trabalho. (P22) (...) Em [ano] foi readaptada por LER para setor sem digitação. Foi removida para a [setor]. Relata que sentia muita dor na mão, inchaço e dor na cervical. (P30)
Alterações decorrentes de intercorrências com a chefia	Está tendo problemas com a chefia novamente e que já pediu para mudar de [setor]. (P21) Tem relatos de atendimento clínico no [SST] com reclamações relacionadas à chefia, diz que a chefia a colocou à disposição e inclusive já autorizou sua mudança de setor. Diz que será removida quando retornar de licença. Relata reclamações da chefia em relação ao seu tratamento fisioterápico e mudanças de horário. (P43) (...) Teve dificuldades no relacionamento com sua ex-chefia (...) o que reforçou seu desejo de mudar de local de trabalho. (...) sente-se pressionada pelas cobranças da chefia e com muito medo de errar. (...). (P45)
Alterações decorrentes de intercorrências no trabalho	(...) passando por período de stress agudo no local de trabalho (está em processo de remoção, a pedido). (P3) Descreve vários problemas no trabalho (...) queixando-se da maneira como é tratada por professores e do relacionamento com alunos e colegas. (...) Tinha expectativa de ser removida (...) sua chefia teria recusado (...). Conta que outro servidor usava até drogas ilícitas para suportar o lugar, que o setor tem fama de ser particularmente adoecedor (...). (P22) (...) Solicitou remanejamento devido a problemas de relacionamento interpessoal com uma colega de trabalho. (P24)
Adaptação ao (novo) setor e às atribuições do trabalho: dificuldades gerais	(...) [novo setor] (...) não está se sentindo bem, queixa-se da rotina do trabalho e compara com o local antigo onde se sentia bem melhor (...) insatisfação importante com o local de trabalho. (P5) Servidora informa que foi removida para [setor] (...) começou a ter problemas de relacionamento com os colegas de trabalho, o que gerou muitas brigas no ambiente laboral. (...) Atualmente servidora continua queixando relacionamentos conturbados no ambiente de trabalho e

	<i>ambiente de trabalho hostil. (P14)</i> <i>Quadro depressivo decorrente de não adaptação ao local de trabalho. (P38)</i>
Adaptação ao (novo) setor e às atribuições do trabalho: aspectos relacionados ao servidor	<i>(...) meu problema é que eu mudo de setor e não me adapto com o trabalho. (...). (P17)</i> <i>Relata que vem procurando trabalhar apesar de estar “oscilando muito”. Agora entende que o problema é com ela e que não adianta trocar de setor. (P21)</i> <i>(...) segundo o servidor, não se adaptou ao setor devido ao “acúmulo de várias coisas” diz que a pressão era muita e que não tem perfil (...) tem problemas de autocobrança e que as exigências do trabalho pioram isso. Sente-se melhor no setor que está atualmente, pois pode realizar uma atividade de cada vez, além de estar em um ambiente mais silencioso (...). (P24)</i>
Referência quantitativa a pedidos de remoção	<i>(...) deparou-se com um setor onde [número] colegas tinham pedido remoção e a carga de trabalho era crescente. (P18)</i> <i>(...) a chefia só aceita sua saída com troca e a universidade está cheia de gente com problemas querendo trocar de setor. (P21)</i> <i>(...) Relata que antes dele, [número] servidores já haviam saído do setor por causa desta servidora (...) se sente inseguro e com medo de “sujar a ficha”, passando em tantos setores. (P24)</i> <i>(...) A chefe é pessoa de difícil relacionamento e informa que [número] servidores já saíram do setor por esse motivo. (P27)</i>

Nas Tabelas 27 e 28 apresenta-se o Eixo temático 2 “Processo de Comunicação entre Gestores e Servidores” que indica a presença de ruídos no processo de comunicação, exemplos de situações de comunicação, bem como as percepções do servidor referentes a tal temática. A categoria “Pontos Vulneráveis no processo de comunicação” (Tabela 27) indica complexidades para uma comunicação efetiva entre os servidores no decurso do trabalho, abarcando 16 trechos (7%), 12 prontuários (12%). A subcategorias “Fragilidades no processo de comunicação entre gestores e servidores” trata de barreiras que limitam a fluidez dessa interação e a subcategoria “Condutas e decisões do gestor sem critérios objetivos para o servidor” apresenta outra face dessa problemática ao desvelar a falta de clareza e transparência referentes a decisões e dados objetivos da realidade do trabalho.

Tabela 27

**Eixo Temático 2, “Processo de Comunicação entre Gestores e Servidores”;
Categoria “Pontos Vulneráveis no processo de comunicação”**

CATEGORIA: Pontos Vulneráveis no processo de comunicação 10 trechos (4%); 9 prontuários (10%)	
SUBCATEGORIAS	TRECHOS
Fragilidades no processo de comunicação entre gestores e servidores	<i>Queixa recaída(sic) do estado emocional, passou por situações estressantes relacionadas ao seu retorno ao trabalho, tendo a sensação de que não estava sendo ouvida. (P17)</i> <i>A chefia imediata desconhece suas queixas de saúde por medo da servidora em abordar o assunto. (P27)</i>
Conduas e decisões do gestor sem critérios objetivos para o servidor	<i>Informa que antes de sair de licença médica continuada, tinha licenças de poucos dias, todas justificadas. Conta que não teve atrasos ou faltas não justificada (...) não sabe porque sua chefe questionou sua capacidade laborativa anterior à sua licença continuada. Descreve seu trabalho e diz que dava conta dele. (...). (P10)</i> <i>Por decisão administrativa foi transferida (...) sem consulta prévia (...). (P13)</i> <i>(...) Relata que após haver uma mudança na coordenação (...) seria designada para trabalhar em outro local sem justificar o real motivo. Sentiu-se desprezada pois dedicou anos de sua carreira ao setor e refere o sucesso e eficiência do serviço à sua competência. Não aceitou a "mudança" e apresentou crise "histórica" na frente dos colegas. Pedu socorro da [IFES], é apaixonada pelo que faz, feliz em suas atividades. (P17)</i> <i>(...) de véspera, foi comunicada que entraria outra pessoa para trabalhar em seu lugar. (...) Queixa-se da forma como o processo foi feito, sente-se desconsiderada e desvalorizada, embora relembre o histórico de bom trabalho e de dificuldades superadas no setor. (P23)</i> <i>(...) quando retornou da licença [médica], foi submetida (...) à vistoria das chefias e posterior encaminhamento à corregedoria, "sem saber o motivo do inquérito". (...) se sente deprimida, com crises de choro. (P31)</i>

A categoria “Configuração do Diálogo servidor-chefia” (Tabela 28) caracteriza duas maneiras pelas quais se deram alguns processos de comunicação na amostra analisada, perfazendo as subcategorias “Com mediação institucional de órgão externo ao setor de origem do servidor e chefia” e “Sem mediação institucional de órgão externo ao setor de origem do servidor e chefia”. Ambas sinalizam a complexidade desse diálogo nas duas situações.

Tabela 28

Eixo Temático 2, “Processo de Comunicação entre Gestores e Servidores”;
Categoria “Configuração do Diálogo servidor-chefia”

CATEGORIA: Configuração do Diálogo servidor-chefia 6 trechos (3%); 4 prontuários (4%)	
SUBCATEGORIAS	TRECHOS
Com mediação institucional de órgão externo ao setor de origem do servidor e chefia	<i>(...) conversei com a servidora sobre problemas que está vivendo atualmente na [setor]. Ela me entregou alguns e-mails enviados para a [chefia] e para o [setor de RH]. Sugerir que fizéssemos uma reunião com a [chefia], ela, um técnico do [setor de RH] para definirmos suas atividades e seu local de trabalho. Isto seria documentado. Ela aceitou de forma tranquila. A reunião será agendada. (P21)</i> <i>(...) Queixa-se muito da exposição em seu setor, pois em cerca de 4 meses de serviço viu-se envolvida em reuniões de diretoria, com o [setor de RH] etc. (P22)</i>
Sem mediação institucional de órgão externo ao setor de origem do servidor e chefia	<i>A chefia disse que (...) foram de difícil acordo: [definir] as funções que ela deveria exercer (...). (P18)</i> <i>Queixa-se de sobrecarga do trabalho no setor (...) Conversou com a chefia sobre suas dificuldades e o setor chamou outra servidora para ajudá-la (...). (P22)</i> <i>(...) novo "travamento da coluna" em seu local de trabalho devido a condições nada ergonômicas do espaço e mobiliário (...) Relata também que fez documento para seu setor e que conseguiu mudar de local para exercer suas atividades, com boa expectativa." (P43)</i>

Nas Tabelas 29 a 34 apresenta-se o Eixo temático 3 “Adversidades no trabalho” que agregou a maior ocorrência de extratos de fala identificados na amostra analisada ao reunir diversos sentimentos, situações e percepções dos servidores diluídos nas queixas analisadas. Compuseram esse eixo 141 trechos (59%), 34 prontuários (37%). Na Tabela 29 apresentam-se as primeiras categorias deste eixo. A categoria “Registros e relatos gerais ou pouco específicos de problemas no trabalho” condensou as dificuldades que foram registradas de modo genérico e sucinto. A categoria “Desesperança e condutas extremas” reúne citações de decisões com maior grau de radicalidade frente à adversidade vivenciada pelo servidor tais como pedir exoneração e sair de um cargo de chefia.

Tabela 29

Eixo Temático 3, “Adversidades no trabalho”; Categorias “Registros e relatos gerais ou pouco específicos de problemas no trabalho” e “Desesperança e condutas extremas”

CATEGORIAS	TRECHOS
Registros e relatos gerais ou pouco específicos de problemas no trabalho 10 trechos (4%) 7 prontuários (8%)	<i>Paralelamente descreve o ambiente laboral como "opressor" e diz que se sente "desrespeitado", embora prefira claramente não entrar em detalhes. (P16)</i> <i>Paciente relata dificuldades para enfrentar conflito no trabalho. (P17)</i> <i>Paciente veio a este serviço com queixa de problemas relacionados ao setor de trabalho. (...) Hoje teve problemas no setor de trabalho, evoluindo com mal estar geral e cefaléia. Relata estar sem condições de trabalhar, devido ao problema referido no trabalho, apesar de gostar muito do que faz. (P19)</i>
Desesperança e condutas extremas 6 trechos (3%) 4 prontuários (4%)	<i>(...) tinha cargo de chefia [setor] e acabou pedindo para sair, estava muito sobrecarregada. (P11)</i> <i>(...) continuava se sentindo ansioso e que chegou a escrever uma carta de exoneração para [IFES]. (...). (P15)</i> <i>Cogita a possibilidade de pedir exoneração do seu cargo, mostra-se exausto e se diz acoado no ambiente de trabalho. (P16)</i> <i>(...) o servidor descreve planos de fazer outro concurso assim que possível, entendendo, nesse momento, que não pretende seguir com esta rotina por muito tempo e que sua situação está ficando intolerável. (P16)</i>

As próximas categorias revelam condutas, sentimentos ou percepções dos servidores diante de situações adversas no contexto do trabalho. As categorias “Irritabilidade percebida no trabalho”, “Pressão e estresse percebidos no trabalho” e “Incapacidade percebida pelo servidor para realizar o trabalho” apresentam manifestações do servidor acerca da percepção de sua falta de controle e capacidade diante das demandas e desafios do trabalho.

Tabela 30

Eixo Temático 3, “Adversidades no trabalho”; Categorias “Irritabilidade percebida no trabalho”, “Pressão e estresse percebidos no trabalho” e “Incapacidade percebida pelo servidor para realizar o trabalho”

CATEGORIAS	TRECHOS
Irritabilidade percebida no trabalho 5 trechos (2%) 4 prontuários (4%)	<i>A partir do [ano], começou a se sentir irritada, sem paciência com colegas de trabalho e sem interesse por nada. (...) Em [data] teve um problema com uma colega, ficou muito nervosa e pegou suas coisas e foi embora. (P41)</i>
Pressão e estresse percebidos no trabalho 11 trechos (5%) 10 prontuários (11%)	<i>Não consegue trabalhar por se sentir sob pressão, com dificuldade de lidar com conflitos - atualmente está em cargo de chefia. (P1)</i> <i>(...) conta que o trabalho é estressante, os professores brigam muito entre si e cobram muito dele, tem reconhecimento dos alunos. (...). (P24)</i> <i>(...) sensação de pressão no trabalho e na família, sente-se sobrecarregada e fragilizada. (P28)</i> <i>Relata muita pressão no trabalho, aumento da carga de trabalho e isto está deixando muito preocupada. (P34)</i>

Incapacidade percebida pelo servidor para realizar o trabalho 9 trechos (4%) 6 prontuários (6%)	<i>(...) quer ir para outra unidade começar a fazer as coisas devagar, “nesse momento não aguento excesso de responsabilidade e compromisso” (sic). Não quer assumir responsabilidades, quer auxiliar. (P17)</i> <i>(...) No momento, relata ansiedade, tristeza, revolta, indignação. Está sem condições de trabalhar (sic). (P35)</i> <i>Relata não estar conseguindo trabalhar devido a dormência e dor (...). Há um ano teve trauma em [parte do corpo], vem evoluindo com dor e perda de força muscular (...). (P36)</i>
---	---

A categoria “Sobrecarga percebida no trabalho”, dividida nas subcategorias “servidor” e “chefia”, expressa a percepção de desproporção entre as demandas de trabalho e o número de pessoal, bem como seus impactos na condição de saúde do servidor.

Tabela 31

Eixo Temático 3, “Adversidades no trabalho”; Categoria “Sobrecarga percebida no trabalho”

CATEGORIA: Sobrecarga percebida no trabalho 19 trechos (8%); 13 prontuários (14%)	
SUBCATEGORIAS	TRECHOS
Relatos do servidor	<i>(...) relata desfalque no quadro de funcionários do setor, o que acarreta sobrecarga de trabalho. (P10)</i> <i>(...) Vários funcionários terceirizados foram demitidos e ela ficou sobrecarregada. (P11)</i> <i>Servidora alega que vem apresentando agravamento de seus problemas de saúde devido à sobrecarga de trabalho. (P26)</i> <i>(...) tem bom relacionamento, porém há mais ou menos [número] anos, não tem tido tempo de conversar, não almoçam mais juntos, pois estão todos sobrecarregados. (...). (P28)</i>
Relatos da chefia	<i>(...) Diz que atualmente ocupa cargo de chefia e tem muitas atribuições, as quais não tem conseguido realizar. (P1)</i> <i>Explica que vem se sentindo sob pressão em sua função – é [chefe] (...). Queixa-se de irritabilidade e afirma que suas dificuldades começaram a afetar outras áreas da sua vida. Tinha expectativa que seu mandato fosse terminar em [data], mas o período foi estendido e isso acarretou piora dos sintomas. (...). (P9)</i>

A categoria “Relacionamento interpessoal e situações de conflito no trabalho”, formada pelas subcategorias “Situações pouco específicas”, “Servidor com chefia e colegas”, “Servidor com chefia” e “Servidor com colegas”, desvela a principal situação adversa na amostra analisada.

Tabela 32

Eixo Temático 3, “Adversidades no trabalho”; Categoria “Relacionamento interpessoal e situações de conflito no trabalho”

CATEGORIA: Relacionamento interpessoal e situações de conflito no trabalho 35 trechos (15%); 18 prontuários (19%)	
SUBCATEGORIAS	TRECHOS
Situações pouco específicas	<i>Paciente relata dificuldades para enfrentar conflito no trabalho. (P17)</i> <i>(...) Faz queixas dos professores que para eles o trabalho de um é mais urgente que de outro (...) são muito arrogantes. (P22)</i>
Servidor com chefia e colegas	<i>(...) Queixa-se de relacionamento com a chefia e colegas (...). (P21)</i> <i>Diz claramente que não quer voltar "não quero entrar ali mais". (...) Queixa-se muito da instituição e de alguns colegas e chefia. (P46)</i>
Servidor com chefia	<i>Observa-se que a servidora tem percepção de suas dificuldades para lidar com as relações hierárquicas na instituição (...). (P21)</i> <i>Acolhimento a servidora que se encontra muito angustiada em decorrência de uma situação de conflito que vem vivenciando no trabalho com a chefia. (P22)</i> <i>Relata que a chefe se sente a dona do [setor], é pessoa amarga, de difícil trato, desrespeitosa. (...). (P24)</i> <i>(...) coordenação rígida, déficit na comunicação. Relação com chefia atual impraticável. (P27)</i> <i>Refere que vinha trabalhando bem, conseguindo enfrentar as adversidades inerentes à função, porém teve atrito com a [chefia] (...) sentindo-se humilhada. (P41)</i>
Servidor com colegas	<i>Diz que tem conflitos habituais com uma funcionária contratada, relata que outros funcionários também têm conflitos com essa funcionária (...) (P10)</i> <i>(...) começou a ter problemas de relacionamento com os colegas de trabalho, o que gerou muitas brigas no ambiente laboral. (...) continua queixando relacionamentos conturbados no ambiente de trabalho e ambiente de trabalho hostil. (P14)</i> <i>(...) apresenta queixas estritamente relacionadas às relações pessoais no setor de trabalho. Demanda alterações no seu setor e expressa desejo de só retornar ao trabalho após resolver tais insatisfações (gostaria de trabalhar em setor apartado de uma colega, para não manter contato com a mesma). (P41)</i>

As categorias “Opressão, injustiça, assédio moral e desrespeito percebidos no trabalho” e “Desvalorização percebida no trabalho” revelam a percepção do servidor de vivências de difícil descrição, apreensão e manejo por parte dos servidores e instâncias institucionais envolvidos.

Tabela 33

Eixo Temático 3, “Adversidades no trabalho”; Categorias “Opressão, injustiça, assédio moral e desrespeito percebidos no trabalho” e “Desvalorização percebida no trabalho”

CATEGORIAS	TRECHOS
Opressão, injustiça, retaliação, assédio moral e desrespeito percebidos no trabalho 15 trechos (6%) 11 prontuários (12%)	(...) relato de ter sofrido assédio moral no ambiente de trabalho (...) ameaçada, coagida, intimidada e agredida verbalmente pela secretária. (P4) (...) queixa-se das relações no setor de trabalho, no sentido de se sentir desacatada por alunos e professores, além de pacientes, no exercício de suas funções, há um longo tempo. (...). (P10) (...) associa seu adoecimento ao que percebe como perseguição por parte da chefia e diz que sofreu retaliações a partir do momento em que recusou as funções de chefia. Retornou ao trabalho [data], mas, segundo relato, a chefia a chamou e disse que não teria onde lotá-la. (...) (P14) Paralelamente descreve o ambiente laboral como "opressor" e diz que se sente "desrespeitado", embora prefira claramente não entrar em detalhes. (P16) Relata quadro de assédio moral por sua chefia imediata. Já enviou relatórios dos acontecimentos para o Sindicato, juntamente com mais [número] colegas. No momento, relata ansiedade, tristeza, revolta, indignação. Está sem condições de trabalhar (sic). (P35)
Desvalorização percebida no trabalho 12 trechos (5%) 8 prontuários (9%)	(...) no trabalho se sente um lixo. (P6) (...) foi remanejada para o [setor] (...) "fiquei muito chateada era uma trabalho aquém da minha capacidade" (sic). (...). (P17) (...) Quando voltou ao trabalho, a sua chefia imediata a procurou, alegando que havia excesso de funcionários no setor. A servidora sentiu-se revoltada com o tratamento que recebeu. (...) sempre se dedicou muito à instituição, queria ser tratada de outra forma. (P46)

Na Tabela 34 apresenta-se as três últimas categorias deste eixo. A categoria “Receio de ser estigmatizado por sua condição de saúde” apresenta o relato de uma servidora que se mostra fragilizada frente à possibilidade de julgamento dos colegas quanto a sua situação de saúde e uso de medicamentos. A categoria “Condições de trabalho e segurança” apresenta adversidades mais relacionadas a elementos concretos do ambiente de trabalho. A categoria “Procura ao SST para registro de ocorrências e busca de ajuda para problemas no trabalho” evidencia motivações de busca de ajuda ou solução de adversidades no SST.

Tabela 34

Eixo Temático 3, “Adversidades no trabalho”; Categorias “Receio de ser estigmatizado por sua condição de saúde”, “Condições de trabalho e segurança” e “Procura ao SST para registro de ocorrências e busca de ajuda para problemas no trabalho”

CATEGORIAS	TRECHOS
Receio de ser estigmatizado por sua condição de saúde 2 trechos (1%) 1 prontuário (1%)	<i>Discorreu sobre um episódio na [setor] no qual alguém da portaria fez comentário de que a servidora estava parecendo um zumbi. A partir de então desconfia do pensamento das pessoas sobre seu problema de saúde. (P1)</i> <i>A servidora mostrou-se receosa de como seus colegas a tem percebido no setor, com receio de que a vejam como uma pessoa doente ou sob efeito de medicação. (P1)</i>
Condições de trabalho e segurança 10 trechos (4%) 8 prontuários (9%)	<i>(...) mau cheiro e muito ruído no local de trabalho, dor ao abrir e fechar gaveta, armários, fornecer material. Dor lombar, gavetas e armários baixos. (P29)</i> <i>Durante toda a consulta queixa-se das condições de trabalho (...). (P33)</i> <i>Relata ardor no pescoço e pálpebras desde [data] - associa a manipulação de [substância química]. Relata que [equipamento] está saturada e necessitando trocar o [peça]. Relata que não faz uso de [EPIS] (...) não são fornecidos (...). (P39)</i>
Procura ao SST para registro de ocorrências e busca de ajuda para problemas no trabalho 7 trechos (3%) 6 prontuários (6%)	<i>(...) Disse que se sentiu fragilizada e humilhada e não conseguiu vir ao trabalho. Procurou atendimento. (P7)</i> <i>Optou por vir ao SST para registrar com detalhes os problemas por que tem passado no departamento. (P16)</i> <i>(...) Chega a este serviço chorando muito, relatando que não está conseguindo trabalhar no local onde está lotada (...). Acha sem condições para continuar trabalhando no mesmo local, veio ao [SST] para obter relatório. (P17)</i>

Na Tabela 35 apresenta-se o Eixo temático 4 “Relações de cooperação no trabalho”, com a categoria única “Presença de compreensão e suporte para com o servidor” apresenta relatos dos servidores de apoio recebido em situações de adversidades.

Tabela 35

Eixo Temático 4, “Relações de cooperação no trabalho”; Categoria “Presença de compreensão e suporte para com o servidor”

CATEGORIAS	TRECHOS
Presença de compreensão e suporte para com o servidor 4 trechos (2%) 4 prontuários (4%)	<i>No trabalho, por diversas vezes, apresentou crise de choro inexplicável e crises de ausência, sendo que houve mobilização dos colegas de setor e da [setor] para realizar seu amparo. (P1)</i> <i>(...) Diz que chegou a apresentar a carta de exoneração para o diretor [setor] e que o mesmo recomendou que ele tirasse uma licença médica para se tratar e repensar suas escolhas. (P15)</i> <i>(...) Seu chefe está ajudando em seu processo de adaptação, mas está ansioso por não saber se essa lotação é definitiva. Em contato com o [setor de RH] tem-se a informação de que se a lotação não for definitiva, o perfil e o processo de adoecimento serão levados em consideração no momento da definição da lotação. (P24)</i>

DISCUSSÃO

O presente estudo explorou a presença e o conteúdo de queixas sobre a atividade e o contexto de trabalho de servidores de uma IFES, bem como sua interface com a saúde do trabalhador. Para articular o campo das práticas de cuidado com a saúde dos trabalhadores, Merlo *et al.* (2014) argumentam pela necessidade de se construir e consolidar espaços e serviços que contemplem abordagens clínicas do trabalho de modo a assegurar intervenções baseadas em dispositivos terapêuticos eficazes frente as demandas advindas do contexto laboral. De modo semelhante, uma pesquisa documental analisou as queixas relacionadas ao trabalho de um serviço de Psicologia Aplicada de uma IFES e concluiu pela necessidade de se oferecer uma linha de cuidado que evidencie a relação dos sujeitos com seu trabalho (Schlindwein, Silva, Bueno & Moraes, 2017).

Nesse estudo houve a predominância na amostra de servidores do cargo de Assistente em Administração e de professor, o que era esperado por se tratarem dos cargos com maior número de servidores ativos na IFES (<http://www.portaltransparencia.gov.br/controleSocial/>, recuperado em 2017; 2018; Pereira, 2018). A escolaridade elevada da amostra pode ser explicada pelo fato de os servidores em questão trabalharem em ambiente acadêmico, além dos incentivos do plano de sua carreira para qualificação profissional (Lei n. 11.091, 2005). Os cargos de nível C e D são os de menor exigência de escolaridade e compõe a maior parte da amostra, apresentando as maiores médias de afastamento do trabalho por servidor. Em geral, tais cargos concentram atividades predominantemente operacionais e com menor grau de autonomia, exigindo esforço físico elevado, repetição de movimentos, manutenção de posturas antinaturais (Toldrá *et al.*, 2010). Esse dado apresenta consonância com o fato de, na amostra analisada, 62% dos prontuários triados tiveram o

diagnóstico primário de M54 (“Dorsalgia”), pertencente ao capítulo XIII da CID10 “Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo” (M00-M99). Ainda, dados nacionais referentes ao perfil de afastamento do trabalho de servidores públicos de Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) (<http://www.portaltransparencia.gov.br/controleSocial/>, recuperado em 2017; 2018), indicam que, no período de janeiro de 2013 a julho de 2017, houve maior ocorrência de doenças do capítulo XIII em cargos com menor grau de escolaridade e doenças do capítulo V, “Transtornos mentais e comportamentais” (F00-F99), em cargos com maior grau de escolaridade.

O Eixo temático 2 da A1 (Saúde Física), teve a categoria “Referência à atividade de trabalho, à organização do trabalho e às condições de trabalho” responsável pela quase totalidade de conteúdos apresentados nesse eixo. Tal fato mostra, nos achados desse trabalho, concretude na interface entre queixas do servidor relacionadas à saúde física com elementos da atividade de trabalho, sua organização e características do ambiente na qual é desenvolvida. Além disso, o elevado índice de escolaridade nestes segmentos, superior à exigência do cargo, pode configurar situações em que servidores com alta qualificação profissional executam demandas de trabalho aquém de suas competências, o que pode gerar sentimentos de insatisfação com o trabalho (Pereira, 2018).

Os resultados dessa pesquisa reforçam o destaque que os diagnósticos dos capítulos da V e XIII da CID10 – “Transtornos mentais e comportamentais” (F00-F99) e “Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo” (M00-M99), respectivamente – tem assumido nas estatísticas referentes ao adoecimento dos servidores, no que se refere aos dias de afastamento, sendo que os mesmos também tiveram destaque nas comorbidades encontradas na amostra. Trata-se de uma tendência

observada nos dados de 2011 a 2014 na IFES (Oliveira, Soares, Faria & Souza, 2015; Oliveira, Faria, Souza & Porto, 2016) e em âmbito nacional desse segmento de servidores no período de 2013 a 2017 (<http://www.portaltransparencia.gov.br/controleSocial/>, recuperado em 2017; 2018).

Observa-se nas categorias que apresentam queixas mistas ou pouco especificadas (Eixo 3, A1; Eixo 3, A2) nas duas análises realizadas, que, em muitos casos, não é possível uma delimitação temática ou nosológica precisa. Nesse sentido, os dois diagnósticos responsáveis pelo maior número de dias de afastamento que compuseram o critério de inclusão de prontuários nesta pesquisa – 35 pertencentes ao capítulo V da CID10 “Transtornos mentais e comportamentais” (F00-F99), com diagnóstico de F43 (“Reações ao ‘stress’ grave e transtornos de adaptação”) e 58 ao capítulo XIII da CID10 “Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo” (M00-M99), com diagnóstico de M54 (“Dorsalgia”) – também possuem escopo abrangente e genérico. Destaca-se aqui certo componente inespecífico e impreciso desses dois diagnósticos ao abarcar queixas diversas dos servidores, o que sinaliza a complexa e desafiadora fronteira entre a presença de queixas de dificuldades na atividade ou no contexto de trabalho e a identificação de sintomas e da instalação de uma enfermidade.

Para avançar na caracterização da complexidade do fenômeno estudado – queixas sobre a atividade de trabalho e sua interface com a saúde do trabalhador – embora 62% dos prontuários triados, tivessem o diagnóstico primário de M54 (“Dorsalgia”), pertencente ao capítulo XIII da CID10 “Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo” (M00-M99), o Eixo Temático “Saúde Mental” da A1 foi o que concentrou maior quantidade de queixas. Tal fato sinaliza a coexistência temática da natureza das queixas em alguns casos, que pode ser explicada

pela presença de comorbidades ou pelo impacto na saúde mental em casos primariamente osteomusculares. Estudos realizados com diferentes segmentos de trabalhadores e tipos de processos de adoecimento tem constatado que o indivíduo adoecido em licença médica tende a vivenciar sentimentos de impotência, fracasso, culpa e exclusão. (Poersch & Merlo, 2017; Vargas et al., 2017; Zambroni-de-Souza & Moraes, 2018; Rocha & Alencar, 2018). Em geral, esses sentimentos se mostraram ligados à percepções como a de não ter atendido à demanda do trabalho de modo satisfatório já que adoeceu; e a de estar em uma situação social marginal por não ter correspondido às demandas de seu papel de trabalhador (Poersch & Merlo, 2017; Vargas et al., 2017; Rocha & Alencar, 2018).

Tal como Schlindwein *et al.* (2017) o presente estudo permite perceber que muitas vezes os sofrimentos relacionados ao trabalho não produzem sintomas claros e corre-se o risco de serem reduzidos somente à dimensão dos aspectos individuais e subjetivos do trabalhador. Foi explorado no presente estudo o universo de queixas dos trabalhadores que indicam a pertinência de intervenções ligadas às clínicas do trabalho. É possível constatar que tais queixas tangenciam os agrupamentos de diferentes manifestações de mal-estar relacionadas ao trabalho (Dejours, 2007; Lhuillier, 2006a, 2006c citado por Bendassolli & Soboll, 2011), tendo sido identificadas situações que remetem a problemáticas e desfechos ligados às patologias da atividade ou da sobrecarga; às patologias da solidão e da indeterminação no trabalho; e às patologias que englobam situações de maus-tratos e de violência no trabalho. Merlo (2014) destacam o primeiro e mais imediato efeito terapêutico do qual carece o trabalhador em situação de sofrimento no trabalho é a percepção de que não está mais solitário, minimizando os riscos do isolamento e da solidão, muito comum e preocupante nesse cenário.

Também merece destaque as peculiaridades do período referente ao processo de retorno ao trabalho de servidores em LTS, sendo observado nesse estudo relatos de insegurança, ansiedade e de vivências negativas no ambiente de trabalho nessa fase. Em um estudo realizado com um segmento de trabalhadores celetistas foram descritas experiências de medo de retornar ao trabalho que, em alguma medida, esteve ligado ao início dos sintomas ou seu agravamento, ansiedade frente a incertezas postas pela necessidade de assimilar mudanças em sua perspectiva de vida pessoal e laboral (Vargas *et al.*, 2017). O processo do retorno ao trabalho é vivenciado por muitos trabalhadores com sofrimento, físico e psíquico, no confronto com dificuldades nas relações e nas condições de trabalho e pelas limitações para o trabalho decorrentes de doenças e pela presença de sequelas. (Vargas *et al.*, 2017)

Tais dificuldades ligadas ao quadro de saúde do servidor e problemas vivenciados no retorno ao trabalho (Eixo 4, A1) é um dos contextos que podem motivar pedidos de troca de setor de trabalho. Na amostra analisada, a maior frequência de extratos de fala e de prontuários na A2 ocorreu na categoria “Alterações na distribuição de pessoal: remoção e remanejamento” evidenciando a relevância dessa temática. Grosso modo, esclarece-se que a remoção é o deslocamento do servidor para outra unidade de trabalho e, o remanejamento, para outro local dentro da mesma unidade (Pereira, 2018). É pertinente ponderar que esse dado sinaliza a complexidade e o desafio para a IFES quanto à resolutividade de intercorrências de natureza diversa no ambiente de trabalho, além de envolver o grau de tolerância dos servidores para contornar problemas à exaustão antes de demandar esta possibilidade institucional. Tais situações aparecem descritas na A2 na categoria “Estruturação do trabalho, cargos e funções” do Eixo 1, além dos “Pontos Vulneráveis no processo de comunicação” evidenciados no Eixo 2 e as Adversidades no trabalho” descritas no Eixo 3 e culminam, muitas vezes, na

solicitação da remoção ou do remanejamento realizada pela chefia ou pelo próprio servidor.

Vale ressaltar que, em muitos casos, a solicitação de troca de setor perfaz uma alternativa de ampliar as possibilidades de uma melhor adequação e satisfação dos servidores ao trabalho e, portanto, trata-se de um instrumento institucional necessário (Pereira, 2018). No entanto, alerta-se que o pedido de remoção, não raro, evidencia problemas nos processos de gestão e na socialização dos servidores e tenderá a contribuir para sua manutenção se tomado como única medida diante dos mesmos, atuando como solução paliativa. Nesse sentido os dados do presente estudo reforçam a hipótese levantada por Pereira (2018) que identificou problemas sociogerenciais e táticas de socialização insuficientes como contextualizadores de muitos pedidos de remoção. A autora ponderou que o fato de tais problemáticas não serem alvo de medidas e ações sistematizadas por parte de instâncias institucionais pode favorecer a ocorrência de novos pedidos de remoção. Isto pode ser observado no conteúdo descrito na categoria “Referência quantitativa a pedidos de remoção” na A2, que identificou a existência de setores em que pedidos de remoção são recorrentes.

Os dados apresentados nesse artigo sugerem que a presença de queixas referentes ao trabalho possuem relação com a ocorrência e a duração da LTS, bem como com a solicitação de pedidos de remoção, evidenciando a importância dessa investigação bem como de se debruçar sobre formas de manejo adequadas e resolutivas diante de tais queixas. Embora esses mecanismos legais e institucionais sejam, por vezes, necessários e pertinentes, é preciso se atentar para sua eventual face paliativa frente a dificuldades ou impossibilidades de uma intervenção resolutiva que acesse a complexidade de determinada queixa ligada ao trabalho. De fato, não é incomum constatar a existência de ações institucionais relevantes, no entanto, ofertadas em

pequena escala e de modo não sistematizado, voltadas para o apoio a servidores em tais momentos de adaptação e transição (Pereira, 2018). Nesses momentos, são comuns sentimentos de incerteza e de ansiedade que podem ser atenuados ou agravados conforme do grau de investimento em suporte organizacional, de modo a favorecer situações em que o servidor se sinta bem recebido no setor, apoiado pela instituição e percebe condições razoáveis para desenvolver aspectos fundamentais de seu trabalho (Allen & Shanock, 2013; Pereira, 2018).

Há ainda, segundo os achados dessa pesquisa, necessidade de maior atenção a servidores com laudo restritivo. Na amostra analisada, a presença do laudo restritivo impactou de modo significativo no que tange ao total de queixas relacionadas ao trabalho e ao total de dias de afastamento desses servidores com restrição laboral. De fato, a literatura tem apontado que as práticas de reinserção de pessoas com restrição laboral circunscrevem realidades multifacetadas e de complexo manejo por envolverem a interface entre aspectos clínicos (por exemplo, referentes ao processo de saúde e doença do servidor, ao correto entendimento do laudo médico) e aspectos institucionais (por exemplo, referentes ao cargo, à gestão, a variáveis do local de trabalho, bem como se há profissionais/equipes técnicas e recursos envolvidos (Toldrá *et al.*, 2010, Simonelli *et al.*, 2010; Cestari & Carlotto, 2012; Fantini *et al.*, 2010; Ansoleaga *et al.*, 2015; Vargas *et al.*, 2017; Caro *et al.*, 2018). Nesse cenário destaca-se a ocorrência de situações de discriminação desses trabalhadores (Vivian, 2015) e a importância da existência de espaços para escuta e qualificação dos processos de acolhimento entre os envolvidos (Santos, 2014). Tais pontos ligados a particularidades de servidores com laudo tangenciam aspectos do “Relacionamento interpessoal e situações de conflito no trabalho”, categoria que se destacou no Eixo 3 “Adversidades no trabalho” (A2), que concentrou maior ocorrência de extratos de fala. .

A categoria do “Relacionamento interpessoal e situações de conflito no trabalho” apresenta situações envolvendo dificuldades de convivência e relacionamento entre chefias e subordinados e colegas entre si. Um ponto importante nos desfechos que culminam em conflitos se trata dos “Processo de Comunicação entre Gestores e Servidores” (Eixo 3, A2). Vale destacar que a “Configuração do Diálogo servidor-chefia” trouxe exemplos de situações em que a comunicação ocorreu “Com ou sem mediação institucional de órgão externo ao setor de origem do servidor e chefia”, tendo ocorrido exemplos positivos e negativos de ambas configurações. Obviamente não seria necessário nem tampouco pertinente que todas as situações de comunicação e conflito fossem mediadas, pois em muitas circunstâncias os sujeitos envolvidos agem com autonomia, cadenciam diálogo equilibrado e conseguem diluir divergências, analisar contrapontos e encaminhar deliberações. De fato, na IFES foco desse estudo não há nenhuma ação sistematizada que busque favorecer a construção de relacionamentos interpessoais entre recém-admitidos, suas chefias e colegas de trabalho, bem como de servidores que mudaram de setor de trabalho ou em outras circunstâncias relacionais (Pereira, 2018). No entanto, os dados sugerem que, muitas vezes, os envolvidos não obtêm êxito em algumas interações sendo constatado relatos de arbitrariedades, de intolerância, de silenciamento, de desesperança tal como evidenciado em outras categorias do Eixo 3 tais como: “Desvalorização percebida no trabalho”, “Opressão, injustiça, retaliação, assédio moral e desrespeito percebidos no trabalho”, muitas vezes culminando na “Procura ao SST para registro de ocorrências e busca de ajuda para problemas no trabalho”.

Também merece destaque a categoria “Estruturação do trabalho, cargos e funções” (Eixo 1, A2) que apresenta elementos do cenário organizacional importantes para o estabelecimento de processos de trabalho bem definidos. As três primeiras

subcategorias revelam a ausência ou insuficiência de treinamento, a dificuldade de definição de atividades de trabalho compatíveis com o cargo do servidor e as fragilidades da gestão dos processos de trabalho que muitas vezes resultam em “períodos de ociosidade” do servidor, além motivarem a extensão das queixas do servidor para esferas de situações e sentimentos negativos (Eixo 3) e, por vezes, sintomas e fragilidades em sua saúde (A1).

Estudo recente revisou as normativas institucionais da IFES e apontou que está previsto que ao ingressar o servidor deve ser treinado, no entanto, não esclarece quem deve gerir esse processo e nem direciona sua metodologia. Não foi também citada nenhuma previsão, regulamentação ou checagem da necessidade de treinamentos específicos para servidores após remoção. Tais fatos sugerem que o treinamento dos servidores se dá de modo não planejado e as normativas não asseguram sua garantia ou define alguma metodologia. Esse estudo também identificou o impacto de problemas sociogerenciais e a percepção da falta de condições para se adaptar dos participantes o que deflagra novamente à solicitação de remoção, como solução dos mesmos. A autora aponta a urgência e a necessidade de aprimoramento das políticas de gestão da IFES (Pereira, 2018).

É certo que uma ação de caráter tutelar por parte da instituição limitaria a saudável autonomia e protagonismo dos servidores diante das problemáticas e conflitos vivenciados, subestimando competências locais e engessando o sistema, dado sua estrutura multifacetada e dinâmica. Por outro lado, o cenário identificado sugere ser, minimamente pertinente, que a IFES possa estabelecer uma dinâmica institucional capaz de promover orientações gerais à comunidade acadêmica, bem como dispor de disponibilidade de suporte técnico de conhecida atuação, fácil acesso pelos gestores e servidores, com alcance imediato e precoce, buscando auxiliar os servidores a

minimizar consequências das fragilidades da estrutura organizacional e a ocorrência de equívocos gerenciais (Bianchessi, Dantas, Poersch & Ramos, 2014; Poersch & Merlo, 2017).

Além disso, frente às complexidades das queixas e situações de adoecimento e sofrimento no trabalho desveladas no presente estudo, é pertinente que as esferas institucionais possam se valer de alguma abordagem clínica do trabalho no trato transversal junto a essa problemática. Tais referenciais dedicam-se a relação entre o trabalho e os processos de subjetivação no sentido de oportunizar uma conscientização das vivências nas relações de trabalho voltada para a transformação da realidade. Esses conhecimentos podem subsidiar ações de mobilização e de resistência de sujeitos individuais e coletivos em uma dada situação de trabalho, marcadas por cenários de vulnerabilidade e pela fragmentação dos coletivos, refletidos seja na forma de sofrimento, de submissão ou quadros de adoecimento (Bendassolli & Soboll, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A exploração da temática pesquisada permitiu a aproximação de conteúdos de impacto para a saúde do servidor e para as rotinas da instituição. Considerando que os extratos de fala obtidos nesta análise documental de prontuários do SST tratam de queixas dos servidores ligadas a problemas no trabalho e que, muitas dessas culminam em desfechos como LTS e solicitação de remoção, constata-se a indispensabilidade de uma atuação articulada, de modo precoce e resolutivo, entre os setores de saúde do trabalhador e de recursos humanos da instituição. Os dados indicam ainda a pertinência do uso de abordagens clínicas do trabalho nas ações de cuidado e repostas à natureza das demandas dessa população desveladas nessa pesquisa.

Esse estudo apresenta limitações relacionadas ao tamanho da amostra e a aplicação dos critérios de exclusão que restringem a análise e limitam a generalização dos resultados. No entanto, os dados desse trabalho apresentam indícios que justificam e podem subsidiar a elaboração de intervenções preventivas relacionadas às problemáticas mapeadas nessa pesquisa, bem como apresentam a premência da implantação de intervenções na fase inicial de queixas de um dado servidor ou grupo de servidores, minimizando seus impactos para os servidores envolvidos, para o setor e para a instituição, além de evitar processos de agravamento e cronificação das mesmas. Frente a isso se reforça a importância de equipes interdisciplinares e metodologias de trabalho com amplo leque terapêutico tanto no tratamento clínico assistencial realizado no período de LTS quanto na abordagem a esse trabalhador por parte de profissionais do campo da saúde e do trabalho da instituição empregadora, a exemplo da perícia médica, equipes de promoção à saúde, de reinserção no trabalho e pessoal do recursos humanos.

3.1.2 Estudo 2

Processo de reinserção no trabalho de servidores públicos federais na perspectiva de servidores e chefias: debates à luz da Ergologia

A ocorrência de um processo de adoecimento e eventual licença para tratamento de saúde (LTS) pode configurar uma realidade de desafios para o retorno ao trabalho tanto para o trabalhador como para instituição contratante. Tais desafios se apresentam, por vezes, diante da ocorrência de alterações nas condições de saúde e de funcionalidade do trabalhador, temporárias ou permanentes, e interferem em sua adaptação ao trabalho após esses eventos.

O objetivo principal desse estudo é investigar e descrever o processo de reinserção de servidores públicos federais com restrição laboral na perspectiva de

servidores com laudo, colegas e chefias de pessoas nessa condição no contexto de uma IFES. Tem-se como objetivo específico explorar à luz da Ergologia as dramáticas do uso de si, os debates de normas, valores e saberes no cenário da reinserção laboral, identificando pontos de articulação e de contribuição dos saberes da CIF e da Ergonomia da Atividade.

MÉTODO

Neste estudo de abordagem qualitativa busca-se apreender de forma detalhada as crenças, atitudes, valores e motivações, relacionadas ao comportamento humano em contextos sociais específicos (Gaskell, 2008). Dessa forma, é válido compreender as interpretações que os atores sociais produzem do mundo, pois são eles que motivam o comportamento gerador do próprio mundo social (Bauer, Gaskell & Allum, 2008).

A entrevista semiestruturada em profundidade (Gaskell, 2008), ferramenta de investigação dessa pesquisa, contemplou roteiros com questões referentes às vivências e práticas do cotidiano de trabalho de servidores com restrição laboral. Nesse método, o conteúdo mais amplo a ser investigado norteia a estruturação de questões da pesquisa – ou tópico guia – com flexibilidade suficiente para que o pesquisador possa obter esclarecimentos adicionais apropriados e questionamentos específicos (Gaskell, 2008). Gaskell (2008) esclarece que ao longo da realização das entrevistas é possível fazer modificações na estrutura inicialmente planejada, sendo todo esse processo devidamente registrado e justificado teoricamente e/ou apresentando questões referentes às percepções do entrevistador no momento da coleta dos dados.

Participaram do estudo servidores de uma instituição federal de ensino da região sudeste com e sem laudo restritivo, bem como servidores com cargo de chefia. Foram

incluídos servidores com no mínimo 1 ano de ingresso na instituição, por considerar esse período como razoável para que o indivíduo tenha, minimamente, compreendido e vivenciado situações que, mesmo em linhas gerais, o tenha apresentado nuances do “contexto do trabalho na universidade”. O estudo envolveu a participação de 19 servidores, divididos em três grupos de participantes:

- A) 9 servidores com restrição laboral;
- B) 5 servidores sem restrição laboral em setor onde há pessoas nessa condição (colegas);
- C) 5 chefias de setores em que há servidores com restrição laboral;

A amostra de servidores do grupo A foi identificada na checagem de arquivos do SST e do RH da universidade. Esse levantamento identificou 18 servidores com laudo restritivo. Desses, metade foi excluída pelos motivos: 1 se negou a participar da pesquisa; 1 não foi localizado; 2 encontravam-se de férias ou licença; 3 já se aposentaram; 2 já haviam sido atendidos pela pesquisadora no SST. A cada entrevista o servidor com laudo autorizou por escrito (Apêndice I, 233) que a pesquisadora contatasse colegas (B) e chefias (C) com os quais trabalha ou já trabalhou após a emissão do laudo. A partir desse consentimento: 9 servidores foram convidados a participar na categoria B (colegas), sendo que 3 deles se declararam impossibilitados de participar alegando nunca ter tido a experiência de trabalhar com um servidor com laudo; 6 servidores foram convidados a participar na categoria C, sendo que 1 se recusou a participar. Foram assim, no total, entrevistados 19 servidores da IFES.

Foram preparados um roteiro para cada grupo de participantes contendo tópicos principais elaborados para nortear a entrevista (Apêndice II, p.235). Foram ainda coletados dados sociodemográficos e informações gerais sobre o histórico de trabalho do participante na instituição (cabeçalho Apêndice II, p.235). As entrevistas ocorreram

individualmente, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice III, p.237), em ambiente reservado e foram gravadas.

As entrevistas foram transcritas na íntegra e a análise do material coletado feita a partir do uso da Análise de Conteúdo (AC) (Bardin, 1977; Oliveira, 2008). Contou-se ainda com a participação de 2 juízes que arbitraram sobre a alocação dos extratos de fala nas categorias apresentadas pela pesquisadora, além de criticarem a nomenclatura e organização das categorias. Os resultados problematizados à luz Ergologia como referencial central e, articulados pontualmente com pressupostos da CIF e da ergonomia da atividade.

RESULTADOS

O perfil da amostra está apresentado na Tabela 36, sendo 79% (n=15) dos entrevistados do sexo feminino; com média de idade de 45 anos; 42% (n=8) possuem grau de escolaridade superior ao cargo que ocupam; 78% (n=7) dos servidores com laudo ocupam cargos cuja exigência de escolaridade é até o ensino médio e 100% dos gestores entrevistados são professores.

Tabela 36
Perfil da amostra de entrevistados

Dados	SERVIDOR COM LAUDO (n=9)	COLEGA (n=5)	CHEFIA (n=5)
Idade (média)	48,1 anos	36,2 anos	52,2 anos
Tempo de IFES (média)	17,8 anos	9,4 anos	18,4 anos
% sexo	78% sexo feminino (n=7)	83% sexo feminino (n=4)	83% sexo feminino (n=4)
Escolaridade*	< código 8: 22% (n=2) = código 8: 45% (n=4) > código 8: 33% (n=3)	< código 8: 60% (n=3) > código 8: 40% (n=2)	código 12=100%
nível cargo	até ensino fundamental: 33% (n=3) ensino médio: 45% (n=4) ensino superior: 22% (n=2)	até ensino fundamental: 20% (n=1) ensino médio: 40% (n=2) ensino superior: 40% (n=2)	ensino superior: 100%
Cargos	Assistente de laboratório: 33% (n=3) Auxiliar de cozinha Auxiliar em administração Professor Técnico de Laboratório Técnico em Assuntos Educacionais Técnico em nutrição e dietética	Assistente em administração Auxiliar em administração Biólogo Técnico de Laboratório Professor	100% Professor (n=5)

*01 Fundamental – Incompleto; 02 Fundamental – Completo; 03 Médio – Incompleto; 04 Médio – Completo; 05 Superior – Incompleto; 06 Superior – Completo; 07 Pós-graduação (Lato sensu) – Incompleto; 08 Pós-graduação (Lato sensu) – Completo; 09 Pós-graduação (Stricto sensu, nível mestrado) – Incompleto; 10 Pós-graduação (Stricto sensu, nível mestrado) – Completo; 11 Pós-graduação (Stricto sensu, nível doutor) – Incompleto; 12 Pós-graduação (Stricto sensu, nível doutor) – Completo

A duração média das entrevistas foi de 60 minutos. O corpus transcrito fez um total de 81 laudas, sendo 42 do grupo A (servidor com laudo), 17 do grupo B (colegas), 22 do grupo C (chefia), nas 19 entrevistas. A AC identificou a presença de 4 eixos temáticos, cada qual abarcando categorias e subcategorias, apresentadas em tabelas e conforme o grupo de entrevistados correspondente. O título das categorias, quando na posição centralizada agregam extratos de fala dos três grupos; quando exclusivas de um grupo, são apresentadas em sua respectiva na coluna. As subcategorias temáticas comuns a mais de um seguimento de entrevistados estão sinalizadas pela formatação “sublinhado”.

As Tabela 37, 38 e 39 apresentam as 3 categorias que compõe o Eixo temático 1 “Afastamento e expectativas do retorno ao trabalho”. A primeira categoria (Tabela 37) é

marcada por relatos acerca dos significados do período de afastamento do trabalho para tratamento da saúde, bem como seus diferentes desdobramentos em cada grupo entrevistado. As subcategorias “Período de reestabelecimento necessário” e “Constrangimentos do servidor adoecido” foram exclusivas do grupo A. Na primeira, os entrevistados avaliaram como restaurador e indispensável o período de licença médica para seu processo de recuperação dos sintomas, bem como, de modo paralelo, permitiu aliviar tensões emocionais envolvidas no cenário do trabalho e da vida pessoal. A segunda subcategoria evidencia constrangimentos relatados pelo servidor ligados: à percepção de mudanças na forma como é tratado no setor; ao sentir-se, por vezes, desvalorizado e excluído; à sua produtividade reduzida em decorrência dos sintomas; e à sobrecarga dos colegas em função de sua ausência no período de licença.

O grupo B apresenta a subcategoria exclusiva que trata da “Naturalidade do processo de adoecimento” como possibilidade dada frente à qual não cabe questionamento. Em contraponto, a subcategoria “Dificuldades na interação com o servidor afastado”, presente nos grupos A e B, sinaliza que essa naturalidade não se estende, necessariamente, no lidar cotidiano com as fragilidades da saúde de um colega de trabalho, sendo a doença ou a incapacidade, por vezes, assuntos velados. O grupo A ainda apresenta especulações de um servidor sobre a avaliação que os colegas fazem da sua situação.

A subcategoria “Descrição do impacto nas atividades do setor” foi a única identificada no grupo C, e também presente no grupo B. Seu conteúdo temático expõe, bem como manifestado pelo grupo A na subcategoria “Constrangimentos do servidor adoecido”, a sobrecarga de servidores e da chefia na ocasião do afastamento. Traz ainda a paralisação das atividades de trabalho do servidor afastado e aponta a impossibilidade ou a presença de dificuldades para ter-se um substituto e de treiná-lo, cujo grau de

intensidade e o impacto variam, por exemplo, conforme o cargo ou características do setor envolvido. O grupo C pontua ainda casos em que há a continuidade de tratamentos de saúde após a licença médica como um transtorno para a chefia.

Tabela 37:

Eixo Temático 1 “Afastamento e expectativas do retorno ao trabalho”; Categoria “Afastamento: significados e desdobramentos”

SERVIDOR COM LAUDO	COLEGA	CHEFIA
- Período de reestabelecimento necessário (...) eu consegui me recuperar tanto da lesão da cirurgia como me recuperar de outras coisas também que eu estava vivendo na época (...) foi essencial pra minha boa recuperação. (S1) (...) necessário (...) foram momentos, de reposição mesmo de energia, cuidar de mim (...). (S3)	- Naturalidade do processo de adoecimento (...) o curso do adoecimento é natural. As pessoas adoecem ao longo da vida, então esse processo foi tranquilo do meu ponto de vista pessoal e profissional. (C4)	
- Constrangimentos do servidor adoecido (...) deve ser o mesmo sentimento que eu tenho... o grupo deve sentir também. "Pô, menos um, já são tão poucos". (S2) (...) é muito constrangedor você se afastar. (...) depois que começa a aparecer os problemas de saúde (...) sinto que as pessoas começam a ter um olhar diferente pra você. E não é só a chefia, o colega que tá do seu lado (...) senti mesmo que eu era uma funcionária que... não era interessante pro meu chefe me ter (...) teve uma época que eu tive que tomar uma [medicação] (...) às vezes não dava conta de trabalhar (...) se sentir um lixo (...) foi muito ruim, muito ruim mesmo. (S4) (...) a direção de lá não aceitou muito bem a questão de eu ter adoecido. (...) preferiu me tirar lá do [setor]. (...) a forma que eu fui mandada, convidada a sair é que foi muito desagradável (...) muito arbitrária (...) foi (...) muito ruim, muito traumatizante. (...). (S4) (...) o departamento teve que arrumar alguém pra me substituir (...) bem ruim. Dá um sentimento que você tá causando problemas (...). (S5)	- Descrição do impacto nas atividades do setor (...) ela tava afastada. (...) teve uma época que a gente ficou (...) sobrecarregado, mas a gente tava entendendo a situação dela (...). (C1) (...) Quando um professor é afastado por um problema de saúde, você tem um professor substituto. No caso do técnico isso não acontece. (...) não tem nenhum treinamento pra uma outra pessoa fazer aquela atividade (...). Dependendo da pessoa que sai (...) aquela atividade vai ficar (...) sem ninguém pra fazer. (C2) (...) muita coisa a gente acabava deixando de fazer (...) acaba acumulando coisa depois pra quando volta né. (C3)	- Descrição do impacto nas atividades do setor (...) É sempre um posto a menos (...) na minha situação de chefia, gerando uma sobrecarga de trabalho (...). (G1) (...) natural do ponto de vista administrativo (...). Não houve substituição. (...) imagino que as atividades dela estejam sendo, de alguma forma, absorvidas (...). (G3) no [setor] foi mais fácil, porque o corpo de servidores era um corpo mais antigo (...) se uma pessoa tinha qualquer problema, tinha pessoas pra assumir (...). O [setor] a gente tinha que fazer certos malabarismos pra funcionar quando alguém tinha que se afastar (...). (G4) (...) ela ausentou várias vezes (...) é um setor que tem uma demanda enorme. (...) foi um tumulto enorme (...) porque aí não tem outra funcionária (...). Isso acaba trazendo estresse (...) pros outros funcionários e pra própria chefia, né. Nem sempre é possível ter o substituto e às vezes quando é possível a gente (...) tem que capacitá-los (...) a outra voltou mas ainda traz muito problema pro [setor], tá sempre retornando ao médico, sempre com problemas de [transtorno mental]. Então não deixa de ser um transtorno pra chefia. (G5)
- Dificuldades na interação com o servidor afastado Mas, assim, as pessoas não se aproximam pra falar, pra perguntar por quê, ninguém (...). (...) Então eu acho também que eles se sentiram... acho que foi mais um reflexo da minha atitude (...) eu penso que é mais um respeito pra me proteger (...). Outros, não diria o mesmo (...) falam: "ah, consegui, agora vai ficar só na cadeira". (...) Varia, né. (...) alguns pensaram assim: "ah que pena, ela que... que se dedicou a vida toda a trabalhar [área] (...) "ah, agora (...) não vai querer saber de mais nada não"; (...) "ah, tá doente, né, coitada, não tem melhora (...)". Eu acho que tem todos os tipos de sentimentos. (S5)	- Dificuldades na interação com o servidor afastado (...) a gente nunca sabe muito como reagir. Quando ela afastou, aí eu mandei mensagem algumas vezes pra ver se ela tava bem. (...) "eu nem sei se é melhor mandar ou não mandar". (...) "parece que a gente tá cobrando dela voltar". Mas também se não mandar, parece que ninguém tá nem aí. A gente ficava nesse empasse (...). É difícil saber lidar. (...) Mesmo porque quando ela voltava, ela voltava mais na dela (...) Parecia que não queria conversar muito. (C1) (...) às vezes você vê que ela tem dificuldade pra andar (...) mas eu não gosto de ficar perguntando, eu deixo a pessoa falar, a pessoa tem um problema e você vai ficar perguntando (...). (C5)	

Na segunda categoria (Tabela 38) tem-se a “Descrição do contexto do adoecimento ligado ao trabalho” em que participantes de todos os grupos relatam situações concretas da execução do trabalho. Foi comum aos grupos A e B citar a “Inadequação das condições e da organização do trabalho” como elemento relacionado ao processo de adoecimento do servidor. Nos grupos B e C são apontados elementos do adoecer ligados a aspectos do indivíduo, respectivamente, o “Perfil do servidor diante das demandas de trabalho” e a “Relação entre a insatisfação com o trabalho e a saúde”, evidenciando sentimentos e condutas individuais do servidor relacionadas ao trabalho como fator envolvido no contexto de seu adoecimento. O grupo A descreveu situações de “Negligência à declaração de vulnerabilidade do servidor para o trabalho”, exemplificando condutas de banalização ou invalidação da gestão frente aos relatos e sinais de dificuldades no trabalho apontados pelos servidores com laudo restritivo.

Tabela 38

Eixo Temático 1 “Afastamento e expectativas do retorno ao trabalho”; Categoria “Descrição do contexto do adoecimento ligado ao trabalho”

SERVIDOR COM LAUDO	COLEGA	CHEFIA
Categoria: Descrição do contexto do adoecimento ligado ao trabalho		
<u>- Inadequação das condições e da organização do trabalho</u> Só que mudou a gestão (...) ela me colocou na rotina pesada do [setor] (...) assim: "eu mando e vocês tem que obedecer, tá". (...) era um serviço extremamente pesado (...) [descreve inadequações das condições de trabalho]. (...). Foi aí que eu adoeci. (...). (S4) (...) era um setor que sempre tava tendo remoção de pessoas, então não tinha alguém pra dividir o trabalho. (...) eu sempre tava ensinando o serviço para alguém, além de estar fazendo o serviço do meu setor, que já não era pouca coisa. E então eu desenvolvi essas tensões musculares. (S3) Eu acho que a pergunta é: as minhas condições de trabalho interferindo na minha saúde? Porque é isso que eu presenciei. Eu praticamente fiquei um bom tempo fazendo fisioterapia, RPG, acupuntura, devido às minhas condições de trabalho. (...). (S3)	<u>- Inadequação das condições e da organização do trabalho</u> (...) essa restrição ocorreu durante o trabalho. (...) ele começou a trabalhar lá com a gente, um trabalho que ele não recebeu treinamento (...). A medida que ele começou a fazer essas atividades, aí ele sofreu a lesão no [parte do corpo] e teve que ficar afastado (...). (C2)	
<u>- Negligência à declaração de vulnerabilidade do servidor para o trabalho</u> (...) Devido a negligência de um gestor que não estava aberto ao diálogo, que não via as necessidades. E que foi necessário eu abrir um processo pra que eu tivesse os meus direitos respeitados (...). (S3) (...) no primeiro momento que eu fui trabalhar lá, que eu já falei que tinha esse problema (...) elas [chefias] foram bem resistentes, falaram assim: "não, você vai acostumar, daqui a pouco você tá [realizando a atividade] e não tá tendo problema nenhum". Só que foi o contrário, eu [fiquei pior]. (...) eu senti meio... forçada (...) quando eu [entrei no setor] lá eu não tinha a menor condição. (...) Aí chegou o laudo (...). (S6)	<u>- Perfil do servidor diante das demandas de trabalho</u> (...) era o tipo de pessoa que não consegue falar não, sabe, pegava tudo (...) era o tipo de pessoa assim muito boa de serviço e pegava tudo, ia pegando tudo pra ela. E tem gente que não pega nada, aí essas pessoas, chega uma hora que não aguentam. (...) quem faz tudo, quem é mais bobinho, acaba tendo que fazer tudo. E foi isso que aconteceu com a [servidora com laudo]. (...) tem também o [outro servidor] (...) tipo de pessoa que faz tudo, tudo... coisa que não era do serviço dele, coisa que é (...) Aí agora parece que a ficha dele também tá caindo, então ele, ele não tá igual ele tava antes (...) que chega uma hora que a gente não dá conta. (C1)	<u>- Relação entre a insatisfação do trabalho e a saúde</u> (...) Ela não gostou do local do trabalho. E quando você não gosta do seu trabalho, acaba que aquilo passa pra você a ser um fardo. Mas não é problema de doença, exatamente, mas se torna mais ou menos isso. Porque ela queria sair do local pra ir pra um outro local (...) mas a pessoa disse que tá ficando doente com o ambiente de trabalho, que não gostava. (...) A pessoa não tava doente, ela não tava querendo aquele ambiente de trabalho (...). E eu não sei se isso é colocado dentro de problema de saúde ou não. Ela não tinha problema de saúde, mas o ambiente de trabalho não tava deixando ela bem. (G4)

A terceira categoria “Expectativa do retorno ao trabalho” (Tabela 39) foi a que apresentou maior grau de compartilhamento de temas entre os três grupos em todo o Eixo 1. Ao apontar as “Questões ligadas à capacidade para o trabalho”, o grupo A destaca o receio da decisão pericial frente às próprias percepções acerca de sua recuperação e capacidade para retornar ao trabalho; o grupo B alega a expectativa, por vezes frustrada, da recuperação ser plena para o retorno ao trabalho; e o grupo C explora possibilidades de ajustar o trabalho após o retorno da licença médica a partir de suposições acerca das fragilidades do servidor.

A subcategoria “Adaptação à ausência do servidor afastado” exclusiva do grupo B revelou a situação de adaptação dos colegas à ausência do servidor em função das prorrogações da licença médica. A subcategoria “Adaptações no processo de trabalho iniciadas em período anterior à licença” presente nos grupos B e C apresenta situações, como em casos de cirurgias programadas e informações sobre o prognóstico previsto, que permitem um planejamento por parte da gestão e dos servidores de ajustes no processo que favorece o retorno do servidor.

Tabela 39

Eixo Temático 1 “Afastamento e expectativas do retorno ao trabalho”; Categoria “Expectativa do retorno ao trabalho”

SERVIDOR COM LAUDO	COLEGA	CHEFIA
Categoria: Expectativa do retorno ao trabalho		
<u>- Questões ligadas à capacidade para o trabalho</u> (...) quando chegava perto, próximo às datas, gerava um pouco de ansiedade, porque, como eu não estava 100% recuperado, eu não sabia qual seria o resultado. E gerava aquele medo: "bom, se eu voltar agora, se o pessoal determinar que eu devo voltar agora, eu não vou dar conta". Eu tinha muito isso pra mim. E, gerava assim, essa ansiedade. (...). (S1) (...) A recuperação tava bem mais lenta do que eu esperava e... eu trabalho muito [descreve demandas físicas do trabalho] (...) Eu tenho limitação de movimento no [parte do corpo], então eu fiquei com medo de não dar conta de desenvolver essas tarefas diárias. (...) era um temor que eu tinha (...). (S1)	<u>- Questões ligadas à capacidade para o trabalho</u> A expectativa é de que a pessoa retornasse bem. De uma vivência recuperada mesmo, de que pudesse se habituar ao seu setor com possibilidades de retornar ao seu trabalho, de estar plena para o seu trabalho, porque eu acho que ninguém consegue trabalhar com dor, em processo de adocimento, seja ele físico ou mental. Então a minha expectativa é que a pessoa retornasse bem para o trabalho, não precisassem ainda estar em sofrimento, que ela voltasse totalmente recuperada e era o que não ocorria muitas vezes, a gente percebia que as pessoas ainda não estavam bem e tinham que voltar. (C4)	<u>- Questões ligadas à capacidade para o trabalho</u> (...) a gente tem a preocupação com o servidor, de como ele vai se adaptar àquele trabalho que ele realizava (...). (G1) (...) a preocupação era então com o retorno, a gente saber que era... mais devagar, porque ele vinha de fisio. Não saberia se ele teria condições de subir escada, porque as atividades que a gente tinha pensado ele teria que ter algumas ações aqui [neste andar] e lá embaixo. (...). (G2)
	<u>- Adaptação à ausência do servidor afastado</u> (...) no início a gente sempre achava né, daqui a um mês ela tá de volta. (...) Aí no final, assim, a gente já nem contava mais com ela (...). (C1)	
	<u>- Adaptações no processo de trabalho iniciadas em período anterior à licença</u> (...) ele já tinha falado mais ou menos como seria a cirurgia e tal. E que ele só não poderia carregar peso. Mas isso, quando ele já tava aqui trabalhando comigo, eu já evitava. Ele já não carregava peso aqui. E, assim, voltou de acordo com o que a gente já esperava. (C3)	<u>- Adaptações no processo de trabalho iniciadas em período anterior à licença</u> No caso do [servidor] não teve problema nenhum, porque o fluxo que era anterior ao processo cirúrgico dele, ele foi mantido durante o afastamento e pós. (...) do retorno desse servidor em específico a gente não teve nenhuma demanda, nenhuma necessidade de adaptação, porque na verdade a gente teve uma preparação antes da saída do servidor. E a gente manteve todo o fluxo durante esse período. (G1)

O Tabela 40 e 41 apresentam o primeiro Eixo temático 2 “Conhecimento do laudo pela chefia e pelos colegas”. As categorias e subcategorias que compõe esse eixo apresentaram a pluralidade de situações descritas pelos entrevistados referentes ao modo pelo qual a chefia e o colega do servidor com laudo tiveram ciência da questão. Na Tabela 40 tem-se a categoria “Chefia informada pelo servidor com laudo”, sendo a primeira subcategoria “Informação após a emissão do laudo” comum aos três grupos. Nela observou-se, tanto intra como intergrupos, a presença de orientações distintas dadas ao servidor quanto à sinalização de que outras instâncias abordariam a chefia quanto à emissão do laudo, além de apresentar a descrição de vivências particulares a cada relato dos participantes referentes à circunstância da entrega do laudo à chefia realizada pelo servidor.

A subcategoria “Informação sobre o laudo restritivo no caso de mudança de setor ou de chefia”, exclusiva do grupo A, deflagra que tal comunicação fica a critério do servidor, não havendo uma definição institucional consistente acerca de quem e como se deve comunicar as restrições do servidor para a nova chefia. A subcategoria retrata ainda a presença de dificuldades em fazê-lo vivenciadas por parte dos entrevistados.

A subcategoria “Chefia não soube precisar informações sobre o laudo restritivo” sinaliza também fragilidades no processo de comunicação da chefia que parece desconhecer do que se trata um laudo restritivo. A categoria exclusiva do grupo A “Chefia informada pelo SST ou RH” bem como a categoria “Chefia informada pela câmara departamental” reforçam a pluralidade de condutas na ocasião da comunicação com a chefia acerca da emissão do laudo restritivo.

Tabela 40

Eixo temático 2 “Conhecimento do laudo pela chefia e pelos colegas”

SERVIDOR COM LAUDO	COLEGA	CHEFIA
Categoria: Chefia informada pelo servidor com laudo		
- Informação após a emissão do laudo (...) eu tenho uma relação muito de igual pra igual com o atual diretor. (...) Eu entreguei o laudo pra ele (...). (S1) (...) eu fiquei meio que quieta, não fiquei fazendo alarde. (...) junta médica (...) me deu o laudo restritivo (...) ele falou: "você entrega pra sua chefia". A cópia, né. (...) Dá sempre aquela insegurança (...). Eu entreguei, e aí a gente já começou a articular o que eu poderia fazer, né. (...). (S5) (...) eu fui informada pela [servidora do RH] (...) que a minha chefia seria avisada. (...) Eu só sei que quando eu resolvi conversar com a [chefia] (...) ela não tinha conhecimento (...). (S9)	- Informação após a emissão do laudo Ela sai da junta médica já com o papel da restrição. (...) ela trouxe até a seção de pessoal para entregar e deu uma cópia pra chefia também e... é como se as pessoas lessem, mas não tivessem lendo (...). Ela me disse que quando foi na junta médica, o [SST] antes de dar o laudo final chamaria a chefia e não chamou. No final das contas não chamou em nenhum momento. Nem para comunicar e nem pra perguntar como que era o desenvolvimento da [servidora] (...). (C4)	- Informação após a emissão do laudo Pelo próprio servidor (...) me entregou a cópia e fez um arquivamento de uma cópia na pasta do servidor. (...) Ele que apresentou, conversou, a gente falou sobre o aspecto da cirurgia, da recuperação, que era incerto, brincamos também (...). (G1) Ela que apresentou esse laudo para a diretoria. Ela veio conversar comigo, apresentar, pessoalmente. Apresentou pessoalmente e solicitou essa... e fez o pedido pra colocar um [equipamento] pra que ela pudesse fazer esse, é... esse descanso, né. (G3)
- Informação sobre o laudo restritivo no caso de mudança de setor ou de chefia (...) no [setor] eu nem tinha apresentado de imediato o laudo... “não, eu tô, acabei de chegar” (...) aconteceu um episódio lá que houve [uso do material] (...) eu falei com a minha chefia que eu não estava passando bem (...) fui pra casa. No outro dia apresentei meu laudo (...) “eu não quero passar por esse mesmo episódio novamente”. (S3) (...) Foi horrível. Péssimo. (...) dar ciência pra uma outra chefia que nunca tinha me visto mais gorda, que no caso eu fui pra [novo setor] (...) as pessoas te olham com uma desconfiança. Tipo, “ih... sabe, aquela coisa assim que fica bola de gude... ninguém quer, ninguém quer pegar”. (...) E os colegas também (...) é muito ruim. (S4) No [setor 1] falei: “olha, eu tenho um laudo, e eu acho que vocês deviam ter essa cópia” (...). [setor 2] eu nem sei como eles ficaram sabendo. Mas a chefia não reuniu, não falou nada (...) eu que ia falando, não posso isso, aquilo (...) tive colega que falou: “isso é um problema seu”. (...) [setor 3] a pessoa que ia trabalhar diretamente comigo, ela ficou sabendo do laudo de imediato, mas as outras pessoas não, ninguém avisou nada pra ninguém. depois que teve o problema com [material], aí que todo mundo ficou sabendo (...). (S8)		- Chefia não soube precisar informações sobre o laudo restritivo Ele não... depois, pós-cirúrgico, ele não nos trouxe nada, né [resposta ao questionamento sobre o laudo restritivo do servidor]. (...) eu não sei se tem algum local aqui, outra instância, algum laudo dizendo que o retorno às atividades pode ser normal, eu não tenho. (...) não tenho, nenhum documento formal (...) As primeiras queixas em relação à dor e tal, esforço, ele comunicou através de receita, alguns laudos. Veio e conversou, e aí a gente sempre com a preocupação tentando trazer e perguntar né, como que tavam as atividades (...). (G2)
Categoria: Chefia informada pelo SST ou RH		Categoria: Chefia informada pela câmara departamental
(...) teve um contato do RH com a professora lá que é diretora. (...) explicou tudo. (S4) Foi enviado diretamente pra ela do [SST] (...). (S6) Eles fizeram um laudo e encaminharam pra esses setores eu acho, em três vias e eu recebi a minha, que eu guardei. (S7)		Chegou pra câmara departamental (...) que designa as atividades (...) nós temos que ter conhecimento e aí chamar o [servidor], conversar, ver qual as atividades que ele pode desenvolver e aí adequar de acordo. Porque nós não estamos conseguindo nesse caso substituição, então tem que adequar com o número de [servidores] que nós temos. (G5)

Na Tabela 41 tem-se a categoria “Colegas informados pelo servidor com laudo” presente nos três grupos. A primeira subcategoria “Comunicação sem intercorrências” também evidencia o elemento da variabilidade de possibilidades de comunicação com os colegas nos relatos descritos, sinalizando momentos em que isso fica a cargo do servidor e, por vezes, da chefia. Alguns servidores escolhem comunicar preferencialmente aos colegas mais próximos, outros a todo o grupo e alguns sinalizam que a notícia vai se espalhando. No grupo A revela ainda a escolha pela transparência da informação com o intuito de preservar o relacionamento com os colegas. O grupo B transpõe a expectativa de que haveria também uma comunicação formal acerca do laudo e ainda é citada uma situação de que meses após o servidor ter comunicado a situação aos colegas com consequente rearranjo do trabalho, a chefia informou oficialmente ao grupo. Esta subcategoria apresentou relatos em situações variadas que, de modo geral, não envolveram intercorrências significativas.

Já a subcategoria exclusiva do grupo A “Comunicação com algum constrangimento” revela a expectativa frustrada de alguns servidores de que a chefia faria a comunicação aos colegas quanto ao laudo e seus desdobramentos no cotidiano do trabalho, desvelando ainda dificuldades e constrangimentos experimentados nesta situação, comparada por um servidor como um pecado a ser confessado. As categorias “Colegas informados pela câmara departamental” e “Colegas informados por e-mail pela chefia” exclusivas do grupo C ecoam a ideia central do Eixo Temático 2 de tratar-se de um processo heterogêneo e com critérios frágeis ou pouco eficazes.

Tabela 41
Eixo temático 2 “Conhecimento do laudo pela chefia e pelos colegas”

SERVIDOR COM LAUDO	COLEGA	CHEFIA
- Comunicação sem intercorrências (...) eu coloquei bem às claras a minha situação, pra não gerar nenhum mal entendido (...) incômodo. (...). Foi muito transparente essa comunicação com o grupo, essa percepção do grupo da minha situação em particular. (S1) (...) Formalmente não tiveram ciência das restrições. Foi por mim. (...) você acaba se abrindo com um, com outro (...) tento manter um bom relacionamento com os colegas que trabalham comigo, eu sempre dou satisfação, "tô indo no médico,". (...) "por que que você tá indo no médico com maior frequência?" (...) "aconteceu isso e isso" (...). (S4) (...) As minhas colegas é da mesma [área], (...) elas sabem. (...) a notícia corre muito né e logo já vai começar a fazer a [distribuição de atividades]. Aí quem não sabe, vai saber (...). (...) eu não fiquei: "ó, o médico me deu restrição, tá". Eu tô quietinha como se nada tivesse acontecido. (...). (S5) - Comunicação com algum constrangimento (...) O ruim foi que eles [chefias] não deram ciência aos meus companheiros de trabalho. Aí eu que tive que pegar e comunicar, porque os caras acostumados a ver minha colaboração e tal, de repente eu não podia (...) eu já fiquei meio inibido, aquele trem me incomodou, e eu falei: olha, eu não estou ajudando vocês por causa disso. (...). (S2) (...) a princípio isso [o laudo] não foi passado pros colegas. (...) os colegas perguntaram: "mas por que que você não vai entrar [no outro setor] como todos?". Eu falei assim: "não, porque eu não tenho condição de lidar com [essa atividade]". (...). (S6) (...) comunicar do laudo sempre foi ruim, as experiências foram ruins. (...) ao falar que tem uma restrição, é como se você tivesse... confessando um pecado. (...) a restrição, ela sempre tá ligada a uma coisa negativa. (S8) Eu mostrei também pra colega. (...) tudo que ela fazia era de forma a me dar a entender que ela não me queria lá. (...) essa foi a receptividade da minha colega de trabalho. (...) nunca deu a menor importância às palavras que eu falava, muito menos o laudo (...). (S9)	Categoria: Colegas informados pelo servidor com laudo - Comunicação sem intercorrências (...) Ele falou: "gente, eu não posso mais pegar peso, eu tô com laudo". Ele trouxe o exame que ele fez de [parte do corpo], com várias lesões e: "eu vou ver se eu consigo fazer alguma outra atividade que eu possa ajudar vocês". (...) O servidor [com laudo] mesmo disse pra gente. (...) muito posteriormente, uns (...) meses depois, a chefia nos informou (...). (C2) (...) Foi emitido esse laudo (...) Não porque a universidade tenha nos comunicado. Ele próprio falou. (C3) (...) a própria pessoa que me contou né, que pediria a restrição (...) eu estava bem próxima e foi pelo relato dela mesma. (...) soube pela [servidora com laudo] mesmo e pelos relatos de outros [colegas] (...). Pelos corredores né. (...) “Ah, a [servidora] vai sair da [função]” (...), “o que que está acontecendo?” (...). Enquanto instituição eu não tive informação, porque não sou da câmara departamental atualmente. (C4)	- Comunicação sem intercorrências Na verdade a gente fazia reuniões sistemáticas do setor e essa reunião não ficava restrita à chefia, por exemplo. Ela era compartilhada (...) todo mundo do setor tinha conhecimento daquela situação [tratamento de saúde do servidor], do que ia acontecer. Isso foi abordado nas reuniões, junto ao servidor (...). (G1)
		Categoria: Colegas informados pela câmara departamental A câmara tem representantes (...) eles repassam para os grupos. (...) eles também tem acesso à ata de reunião. Mas todos os representantes passam pra sua categoria. (G5) Categoria: Colegas informados por e-mail pela chefia (...) aí nós conversamos e eu encaminho o e-mail então aos demais [colegas], pra que essa demanda não fosse atribuída a ele, devido a condição de saúde dele (...). (G2)

O Eixo temático 3 “O trabalho e a restrição laboral: primeiros impactos” (Tabelas 42, 43 e 44) abarca percepções dos entrevistados referentes as experiências de se ter um laudo restritivo e reflexos na produtividade do servidor, bem como deflagra os primeiros desafios de colegas ou chefias ao acolher o servidor e ao se adaptar à essa circunstância. A categoria “Experiência de receber um laudo restritivo” (Tabela 42) apresentou como única subcategoria comum aos grupos A e C a constatação de que o laudo “Atesta limites acerca da capacidade do trabalhador”. Os servidores com laudo descrevem a experiência como negativa, algo que os fazem sentir-se inferior aos demais e diante do enfrentamento de uma realidade, por vezes, definitiva ou com indicativos de piora. O grupo C compara as dificuldades do servidor após o retorno ao trabalho com seu desempenho pregresso.

Ainda nesta categoria, o grupo A apresentou 2 subcategorias exclusivas. Na primeira, o laudo foi descrito como “Legitimador das fragilidades e necessidades do trabalhador”, viabilizando a realização de adequações nas condições de trabalho em situação em que mudanças já vinham sendo negociadas sem sucesso, além de conferir maior credibilidade ao discurso do trabalhador. Na segunda, relatou-se que o laudo teve algum “Impacto no autocuidado durante a realização das atividades de trabalho”, quando o servidor busca seguir as orientações contidas no laudo no intuito de zelar por sua saúde.

O grupo B teve subcategoria única que revelou o “Medo de ser o próximo” ao identificar elementos do cenário de trabalho que na sua percepção podem corroborar para um processo de adoecimento, tal como ocorrera com algum colega de trabalho ou familiar. O grupo C atentou-se para elementos da “Convivência com os sintomas no ambiente de trabalho” citando situações de adaptação ou de constrangimento diante do sintoma ou da necessidade de colaboração do colega para viabilizar o cumprimento da

restrição laboral. Também foi ponderada a ocorrência de “Transtornos ao remanejar funções para o cumprimento do laudo” enumerando dificuldades nos ajustes administrativos demandadas para a reorganização das tarefas dos colegas em função do laudo restritivo. Identificou-se ainda tema correlacionado à tal questão apresentando o confronto entre as “Necessidades do servidor e desafios para a administração” garantir a continuidade do serviço prestado e gerenciar o setor considerando necessidades pontuais de um servidor.

Tabela 42

Eixo temático 3 “O trabalho e a restrição laboral: primeiros impactos”; Categoria “Experiência de receber um laudo restritivo”

SERVIDOR COM LAUDO	COLEGA	CHEFIA
Categoria: Experiência de receber um laudo restritivo		
- Atesta limites acerca da capacidade do trabalhador (...) o médico já havia me alertado: "você não vai voltar a ficar com [parte do corpo] 100% funcional, vai ter alguma restrição de movimento, eu ainda não sei qual, mas vai haver essa restrição". Então eu já esperava por um laudo nesse sentido. (S1) Ai... (...) foi duro, você saber que tem um laudo ali que você não pode carregar [peso], que você não pode ficar [tempo] em pé, que você não pode subir e descer escada. (...) pessoa ativa, igual eu sempre fui, sempre pratiquei muito esporte. É frustrante (...). (S2) (...) é sempre ruim saber que você tem que (...) reaprender a viver de certa forma que você fica assim: "conforme o que eu fizer aqui eu posso... piorar a minha saúde". (...) as limitações também passaram a ser não só no trabalho, mas em casa também. Também tive que me policiar em casa (...). (S4) Foi ruim. (...) você tem a constatação, né, porque eu sei que não tem retrocesso, né, não é uma coisa que você fala "temporariamente eu estarei assim", não. É assim e daí pra pior né. (S5) (...) Você pensa assim: nossa, tô incapaz, tô menor, tô menos. Porque te tira... uma habilidade (...) uma capacidade de trabalho (...) Foi muito complicado, mas hoje em dia eu sou uma pessoa que convive bem com isso. E fora da universidade eu não me sinto incapaz (...) acho isso pesado (...) às vezes aqui dentro é como se você fosse “a incapaz”. Mas fora daqui não é (...). (S8)	- Medo de ser o próximo (...) eu fiquei com medo de chegar nesse ponto também, igual ela [servidora afastada] de ter [transtorno mental]. Eu tava assim, chorando à toa, dormia chorando. Eu tava fazendo uma coisa que eu não gostava que era [atividade de trabalho]. (...) dias depois (...) abro o e-mail tinha uma portaria me designando (...) pra fazer isso. (...) eu já não tava bem (...) comecei a chorar (...) falei com a minha	- Atesta limites acerca da capacidade do trabalhador Ela retornou com uma, um quadro ainda limitado (...) e então ela foi acolhida pelo... era um setor (...) que tinha uma equipe relativamente grande, perto do que a gente tem aqui em outros setores. Então foi o desafio isso, de ver que ela não conseguia exercer toda a sua atividade como ela fazia antes, por estar mais triste, mais calada, introspectiva. (G3) -Convivência com o servidor com sintomas no ambiente de trabalho Às vezes o [servidor com laudo] chegava meio nervoso, porque tava sentindo dor, mas a gente já se tocava que é o dia dele ficar quietinho lá e ninguém cutucar a onça com vara curta (...). (G1) (...) ele não tem condição de pegar um objeto leve numa determinada altura. Se não tem ninguém disposto a fazer isso aqui... prever que isso tem que ser feito, ele vai ter que pedir alguém: "ó, pega lá pra mim ". Aí a pessoa: "vou, mas lá em cima, essa coisinha leve aí você não aguenta pegar?". Isso acaba gerando um constrangimento que a pessoa, assim, por

chefe: "não quero que isso aconteça comigo". (...) parece que tá tendo muito né, cada vez mais, essas crises de estresse, de depressão, síndrome do pânico. E assim, eu tenho ficado assustada (...). (C1)

- Impacto no autocuidado durante a realização das atividades de trabalho

(...) Mas eu passei a fazer as coisas com mais atenção. A forma como eu fazia, eu passei a dar mais atenção a isso, né. Porque às vezes a gente é meio descompensado. Aí eu falei: "não, vou trabalhar, mas com mais jeito". (S7)

- Legitimador das fragilidades e necessidades do trabalhador

Pra mim foi uma maneira de garantir condições de trabalho mais adequadas. (...) Então, com o laudo, aqueles pedidos que eu já tinha feito várias vezes na chefia, que não foram atendidos, eles agora se viam compelidos a atender. (...) o laudo agilizou as tomadas de atitude. (...) o laudo era como um "cumpra-se" (...). Com o laudo a situação foi encarada com mais seriedade, entendeu. (S3)

(...) o laudo pra mim, ele foi importante, porque ele comprovou o que eu já vinha falando, sabe. O que eu vivia lá. Eu já tinha passado pra elas. (...) não era uma desculpa pra não querer trabalhar no local. Ele comprovou que eu realmente tinha um problema, só que isso não foi bem aceito pela minha chefia (...). (S6)

(...) eu tenho inclusive todos esses laudos (...) eu ando com meus documentos tudo em bolsa (...). (S7)

Eu acho que no meu caso foi um reconhecimento da minha verdadeira situação. Como uma pessoa que tem uma condição de força menor em (...) tem condições de subir e descer escada? Como que uma pessoa que tem uma limitação por [doença osteomuscular] pode arrastar, levantar peso, [descreve demandas do trabalho] (...). Então, assim, ser reconhecida... As restrições demonstram o que eu realmente não dou conta de fazer (...). (S9)

questões de limitação ele pode se sentir já limitada em relação a isso. (...) Manifestando, exteriorizando, a insatisfação ou não. (G1)

(...) foi o mais grave (...) cirurgia, depois mais afastamento (...) fisioterapia e o retorno dele, né. Então a gente teve que lidar com esse caso, o primeiro dessa ordem (...). (G2)

- Transtornos ao remanejar funções para o cumprimento do laudo

(...) Nós estamos agora com uma [servidora] (...) que ela não pode assumir [função] todos os dias porque ela *tá* com um problema mais grave e aí nós tivemos que fazer uma adequação do nosso planejamento, remanejar (...) é uma solicitação de atividades restritivas. E aí acaba trazendo problema, porque aí quem foi designado pra substituí-la, não queria sair da [função] que estava, e acaba trazendo intriga entre colegas porque acha que não deveria sair de onde ela estava, aquela zona de conforto né, "essa [função] sempre foi minha, por quê eu tenho que sair agora?" e a gente tem que fazer isso porque tem que liberar a [função] diante do diagnóstico. (G5)

- Necessidades do servidor e desafios para a administração

(...) por exemplo (...) acontece um [uso de produto] que não era programada, e por um descuido nosso... a gente não faz a informação pra esse servidor (...) o servidor se sente descuidado, porque não recebeu essa comunicação (...). E aí as questões chegam na direção e a gente senta, conversa, chora, briga e acha a solução pra isso, pra essas questões de comunicação pra não gerar esse desconforto na pessoa. Desconforto no sentido de dizer: "pô, mas você sabe que eu tenho a [restrição] e autorizou a [procedimento] e nem me comunicou?". (...) "Você sabia e não teve esse cuidado, comigo". Às vezes essas situações acontecem e fogem do controle (...). (G1)

Bom, aí existem dois fatores a considerar. Um é o lado da pessoa (...) ele é servidor da universidade, mas por trás do servidor tem uma pessoa, né (...). E tem o lado do administrador, que é a necessidade de fazer o serviço continuar. (G4)

A Tabela 43 apresenta a categoria “Percepções sobre a restrição laboral, fatores e atitudes individuais do servidor, colegas e chefias” que concentra o maior grau de compartilhamento temático nos três grupos no Eixo 3. Ela agrega conteúdos ligados eminentemente a condutas e ideias de cada indivíduo referente à realidade pesquisada. Os três grupos exploram as faces da presença ou da ausência de “Acolhimento e empatia” da chefia e dos colegas. Estes são apresentados por parte dos entrevistados como indispensáveis ao processo de cumprir as restrições laborais que destacam aspectos da empatia como elemento sustentador de uma postura de acolhimento. Os grupos B e C apresentam conteúdos relacionados à comparação de si mesmos com o servidor com laudo e comparação entre os tipos de restrição laboral, além de tecer questionamentos sobre aspectos da incapacidade do servidor. Tais conteúdos revelam uma perspectiva antagônica a postura de acolhimento e de empatia com o servidor com laudo restritivo, ao questionar a legitimidade de suas fragilidades ou ao tecer regras gerais quanto aos impactos no desempenho laboral do servidor em função de suas questões de saúde. Os entrevistados realizam análises e comparações tendo as próprias vivências individuais como parâmetro central na emissão de juízos acerca da realidade pesquisada.

Os grupos A e C abordam fatores individuais ligados ao “Enfrentamento” do servidor com laudo de sua nova condição, problematizando a identificação e a reunião de recursos internos, afetivos e cognitivos, que visam a manutenção do equilíbrio psicoativo do indivíduo, sendo citados elementos como prática de exercício físico, espiritualidade e grau de motivação, comportamento vitimizado. A subcategoria “Ter restrição laboral não é uma escolha do servidor” evocada pelo grupo A trata da necessidade de afirmar que o adoecer e seus limites no corpo e na produtividade não se tratam de uma escolha da pessoa, sinalizando que no cotidiano das relações tal fato pode

ser percebido de outro modo. Traz aspectos da percepção individual dos servidores referente ao laudo restritivo que podem estar associados à postura de acolhimento ou exclusão para com o servidor com laudo. As questões ligadas ao “Estágio probatório: desconhecimento e receios” presentes nos grupos A e B trazem relatos de não se saber exatamente que tipo de questionamento é tolerado ou qual suporte institucional se possui diante das instâncias hierárquicas que avaliam o servidor nesse período, com consequente receio de se ter um laudo restritivo no estágio probatório, de se apoiar um colega em situação de conflito e ainda, não questionar aspectos das condições de trabalho que lhe são dadas.

Tabela 43

Eixo temático 3 “O trabalho e a restrição laboral: primeiros impactos”; Categoria “Percepções sobre a restrição laboral, fatores e atitudes individuais do servidor, colegas e chefias”

SERVIDOR COM LAUDO	COLEGA	CHEFIA
Categoria: Percepções sobre a restrição laboral, fatores e atitudes individuais do servidor, colegas e chefias		
-Acolhimento e empatia (...) tem que ter... não é compreensão, né, tem que ter a atitude da chefia (...) eu acho que os pontos mais importantes de favorecimento do processo é a chefia, né, o acolhimento da chefia e dos colegas naquilo que você vai mudar. Se não tiver isso não tem como fazer. (S5) Então eu acho que falta a compreensão humana da situação de cada servidor que tem qualquer restrição. (S9)	-Acolhimento e empatia (...) ele tem algumas restrições, mas ele quer trabalhar. (...) tem que ser primeiro uma... uma visão humana, um acolhimento humano, mais nas relações mesmo. (...) às vezes a pessoa não compreende que tá numa outra condição e que ela não pode fazer alguns trabalhos. (C2) (...) o acolhimento, a percepção vai muito do encontro do que a gente já passou na vida, do acolhimento que a gente já teve (...) é bem heterogêneo das experiências próprias vivenciadas. Eu acho que quando a gente fala de saúde (...) gente sai do campo profissional, (...) vai para o pessoal com muita facilidade. (...). Como [cargo da área da saúde], como pessoa que está sempre ali dando um cuidado é difícil ver que muitas vezes as pessoas não estão dispostas a ajudar a outra no afastamento, a redistribuir [funções], é um pouquinho chocante. (...) nós somos muitos cobrados (...) temos que sempre estar aptas para o trabalho. Então uma vez que eu sou exigente comigo mesma (...) eu acabo sendo exigente com o outro também. (...) “se pra fulano foi assim, se pra mim foi assim, porque que pra fulano vai ser desse jeito?”. (...) eu escutei nesse processo dela alguém verbalizando, com muita euforia: “quando eu tive tal problema de saúde, eu tive que trabalhar do mesmo jeito” (...) “o que eu passei, como é que o outro não passa?” (...). (C4) (...) você tem que fazer com que a pessoa se sinta bem recebida ali e que o trabalho dela tem valor. (...) você vem com um problema e a pessoa ainda faz com que você sinta (...) “não trabalho bem, trabalho menos, acha que tô com má vontade”, isso deve ser péssimo, deve ser horrível. (...) umas são mais compreensivas, outras menos, depende muito da pessoa. (C5)	- Acolhimento e empatia Uma deficiência física é mais fácil, né, a pessoa não pode andar ou não pode locomover, ou tem um braço imobilizado, não pode digitar. E um problema de saúde mental é de uma condição mais complexa (...) do ponto de vista da saúde mental, é difícil a gente delimitar assim onde está a deficiência (...). (G3) (...) Agora a compreensão do outro, ela é muito importante na reinserção. (...) a coisa mais importante é você compreender e se colocar na pele do outro. (...) Se isso for plenamente feito, se houver, assim, vontade dos dois lados. (...) a intolerância de qualquer parte, seja sua, se você não quiser, sei lá: “eu não quero voltar a trabalhar, eu tô incapacitada e vou aproveitar da minha incapacidade pra não fazer nada”. Ou o contrário: “nossa, fulano só faz atrapalhar, melhor que ele não venha”. (...) aí não dá, né... (...) eu não acredito que a reinserção possa ser um grande problema se houver tolerância dos dois lados (...). (G4) (...) É óbvio que o problema de saúde influencia no desempenho da pessoa. (...) Tem casos que você pega um laudo médico, depois você pega outro com outra doença diferente, depois um terceiro... não é possível que a doença do mundo inteiro baixou numa pessoa. Então talvez a pessoa não esteja bem no ambiente de trabalho, ela não queira desempenhar aquela função. (G4)
- Enfrentamento (...) “você não pode levantar [número] quilos (...) a qualquer momento eu poderia ir pra uma cadeira de rodas. (...) Aí eu falei: “acabou”. (...) “Deus, agora é o Senhor que vai segurar”. (...) acho que a partir daí vai realmente depender de cada um. Da motivação de cada um (...) o seu emocional, né. Uns dão conta, outros não”. (...) Talvez tenha tido algum processo de		- Enfrentamento (...) você reinsere uma pessoa no trabalho plenamente se ela quiser. Se ela não quiser, não importa o que você faça, ela não será reinserida. A pessoa precisa querer ser ajudada. E ela tem que buscar ajuda. (...) pra poder o negócio andar. (...) tem muita gente que trabalha doente, tem doença crônica, e desempenha as suas

negação, tinha uma época que eu sentia assim, uma fraqueza física, (...) hoje tá tranquilo. Eu faço exercício, hidroginástica. Então eu me sinto bem mais forte (...) (S7).

(...) A pessoa tem que se sentir capaz, à vontade. (...) eu acho que aí uma outra parte muito voltada pra pessoa mesmo, porque aí eu acho que a pessoa tem que se fortalecer, não achar que é um coitado, né, e outra coisa, não se fazer de vítima. O mais fácil que tem é você cair no vitimismo: coitado de mim. Né? Ou então você culpar a universidade. Durante muito tempo eu culpei a universidade. (...) Não, não foi bem assim não. (...) teve uma parcela de culpa dos dois lados (...). (S8)

- Ter a restrição laboral não é uma escolha do servidor

(...) eu trabalhei metade do tempo na universidade com laudo restritivo e a outra metade sem, né. Claro que se eu não pudesse ter um laudo restritivo eu não teria, né, porque não é escolha minha (...). (S8)

(...) Eu acho que falta entender que aquela restrição a pessoa não escolheu ter, ela tem e ela tem que lidar com isso. Até porque se eu pudesse ter essa opção eu não escolheria, realmente é uma necessidade (...). (S9)

- Estágio probatório: desconhecimento e receios

(...) “mas como você, em estágio probatório vai abrir um processo pra pedir um laudo com restrições e adaptar seu ambiente de trabalho. Mas eu era bastante consciente do que o laudo significava (...) era um direito meu. (...) Mas muita coisa ainda fica obscurecida na questão do estágio probatório, porque as pessoas temem pelo estágio, acham que elas podem ser prejudicadas nas avaliações pela chefia por causa de um conflito, ou se houver alguma ordem que não é cumprida (...) que tem que se submeter mesmo até passar o estágio probatório. Isso ainda não tá muito claro (...) a gente não tem conhecimento do suporte que a gente tem. (S3)

(...) eu tinha um bom relacionamento [com colegas] de início. Mas a partir do momento que eu comecei essa... essa “briga” com a chefia (...) os colegas tudo sumiram. Porque tava todo mundo em estágio probatório, aí teve um dia que eu falei assim: “seu eu precisar de uma testemunha aqui...”. E ninguém quer se envolver, né, a verdade é essa. Então, assim, todo mundo some (...). (S6)

funções. (...) entender o seu papel como servidor público (...) é você servir da melhor forma possível. É óbvio, dentro das suas limitações (...). Se você entende isso, acho que não tem nada que impeça o seu desempenho. A pessoa que tem problema de visão vai superar, tá. A pessoa que tem um problema auditivo vai colocar uma prótese. Agora, se ela não quiser escutar, não adianta, ela não vai escutar. (G4)

- Estágio probatório: desconhecimento e receios

(...) E é isso que eu acho que acontece... acho que aconteceu com essa menina, com a [servidora com laudo] (...) ela foi pegando tudo que pediam, que ninguém queria (...) acontece muito aqui na [IFES]. Quem tem mais tempo de casa tem mais pulso pra falar as coisas, pega e... principalmente quem não tá mais em estágio probatório, fala: não vou fazer e pronto. E aí as pessoas já sabem que não vai fazer e não ficam pedindo (...). (C1)

A categoria “O ser produtivo” (Tabela 44) trata de temas ligados a percepções acerca da produtividade do servidor diante das restrições laborais e sua necessidade de tratamentos de saúde temporários ou permanentes. Apresenta ainda o desafio institucional, envolvendo todos os atores do cenário do trabalho, para explorar o potencial laboral do servidor, superando barreiras, num horizonte em que a aposentadoria pode ser vista como inevitável ou como alento, diante da impossibilidade de realizar a reinserção efetiva do servidor com laudo.

A subcategoria presente nos três grupos de entrevistados “Percepção de mudanças no padrão de desempenho no trabalho após o laudo restritivo” traz à tona a constatação de que a produtividade do servidor com laudo é reduzida, seja pela restrição laboral em si, seja pelos sintomas e tratamentos de saúde dos quais o servidor necessita mesmo após o fim da licença médica. As falas evidenciam a fase inicial após o retorno ao trabalho após LTS, a emissão de um laudo restritivo e suas demandas de adaptação e ajustes no cenário do trabalho manejadas pelo gestor e seus subordinados, bem como a percepção do servidor com laudo acerca de seu potencial produtivo. A subcategoria denota ainda, a conjugação desses elementos com desfechos que impactam na produtividade percebida do servidor com laudo.

A subcategoria “Restrição laboral e aposentaria: realidades limítrofes” identifica nos grupos A e B, ponderações acerca da exploração das capacidades remanescentes de um indivíduo na fronteira com a impossibilidade real ou a pouca eficiência institucional em fazê-lo, o que em último grau, implica em sua aposentadoria. Há assim uma conotação negativa e de receio diante do limiar entre a decisão pericial pela aposentadoria por invalidez ou pela aptidão ao trabalho com restrições laborais.

Por outro lado, as subcategorias exclusivas do grupo A ponderam a “Aposentadoria como alternativa à intercorrências no processo de reinserção” e a “proximidade da aposentadoria como estratégia de enfrentamento”. Nessas subcategorias a aposentaria por invalidez é vista como uma opção diante da não resolução de conflitos ou dificuldades vivenciadas no trabalho após a emissão do laudo restritivo e, muitas vezes, a proximidade da aposentadoria por tempo de contribuição ou idade, como um alento ao servidor que percebe e convive com limites no seu processo de reinserção.

Tabela 44

Eixo temático 3 “O trabalho e a restrição laboral: primeiros impactos”; Categoria “O ser produtivo”

SERVIDOR COM LAUDO	COLEGA	CHEFIA
Categoria: O ser produtivo		
<u>- Percepção de mudanças no padrão de desempenho no trabalho após o laudo restritivo</u> (...) [setor antigo] pra você tirar uma base, eu fazia numa faixa de [cita exemplo de alta produtividade nas demandas de trabalho]. Ainda ajudava o pessoal [cita tarefas extras]. Pra você chegar hoje e não ter nada pra fazer (...). (S2) (...) o que eu sinto é assim, que você vale enquanto você tá bem de saúde (...) quando eu não tinha nada, sabe, eu era ótima. Eu podia ir em todos [cita demanda do trabalho] que me pedissem, podia ficar até mais tarde. (...) pra mim é muito difícil essa situação (S4) Eu quero me aposentar (...) vista como uma pessoa produtiva. Porque você pode ser produtiva 30 anos, mas se você ficar improdutivo 2, 3, é disso que eles vão lembrar de você, né. Então eu quero, enquanto eu aguentar, eu serei uma pessoa produtiva, mesmo com uma restrição. O dia que eu não conseguir mais ser, eu prefiro sair antes, entendeu. (S5) (...) sou uma pessoa muito consciente das minhas limitações e minhas capacidades. com as minhas limitações, eu sou muito melhor do que muita gente 100%, sem limitação. (...). (S8) <u>- Restrição laboral e aposentaria: realidades limítrofes</u> (...) "é melhor reinserir do que aposentar e deixar ela em casa". (S4) (...) [médico assistente] "por que você não aposenta?" (...) ele me fez um relatório falando os problemas e recomendando (...) não ficar muito tempo em pé. (...). (S5) (...) em tão pouco tempo eu vou chegar aqui e sair por invalidez? Não. Onde que vai parar os meus sonhos (...)?" Eu poderia sim, até já ter desligado da instituição, mas eu insisti: não, eu quero ficar, eu sei que eu posso fazer, eu não posso fazer isso, mas eu posso ser útil em outras coisas (...) dei esse gás, esse impulso para continuar. (...). (S7) (...) sempre tive muito medo que eu acabasse aposentando por invalidez. (...) E teve épocas que eu fiquei muito ruim mesmo (...) "gente, se esse povo achar que eu não dou conta de trabalhar e me aposenta?". (...) eu só comecei a ficar à vontade depois que já passou o tempo pra eu aposentar (...). Porque no fundo você passa a se sentir um inválido. (S8) <u>-Aposentadoria: alternativa às intercorrências no processo de reinserção</u> (...) é como se eu não servisse pra nada entendeu (...) é uma tortura vir pra cá e não trabalhar de verdade (...) vou ser sincero, se eu não fosse perder tanto, teria pedido aposentadoria por invalidez, proporcional, qualquer coisa. Mas falta tão pouco tempo (...). (S2) (...) você fica nessa peleja pra trabalhar (...) sofri bullying, não aceitaram meu problema (...) esses problemas de saúde, para os médicos é muito mais fácil aposentar (...) tive vários colegas que aposentaram por invalidez. E pelos anos que isso vem ocorrendo, né. (S7) <u>- Proximidade da aposentadoria como estratégia de enfrentamento</u> acho que ele [diretor] não entende, alguns colegas também não (...) agora eu não ligo muito (...) agora eu tô mais tranquila que eu já tô com tempo pra aposentar (...) eu passei a me incomodar menos com o que o colega fala, com o que chefia fala. (...). (S8)	<u>- Percepção de mudanças no padrão de desempenho no trabalho após o laudo restritivo</u> (...) até a própria preocupação dela, se ela ia ou não conseguir, né, porque tem uma questão que é limitação mesmo, né, que é dor, que é cansaço, que é náusea e vômito, porque ela toma um remédio (...). Então é uma pessoa que não consegue render né, aliado ao esforço físico, então é muito complicado, né. (C4) <u>- Restrição laboral e aposentaria: realidades limítrofes</u> (...) a gente tem perdido muitos para aposentaria (...) muitas pessoas que não queriam aposentar e poderiam contribuir de uma outra maneira, que contribuíram muito da maneira como elas conseguiram também. (...) ela tem idade para aposentar, mas ela tem muito a contribuir, mas não da maneira que ela poderia contribuiu esses anos todos (...). (C4)	<u>- Percepção de mudanças no padrão de desempenho no trabalho após o laudo restritivo</u> Ela retornou com um quadro ainda limitado (...) o desafio isso, de ver que ela não conseguia exercer toda a sua atividade como antes, por estar mais triste, calada, introspectiva. (G3) Às vezes a própria situação do funcionário, né. A depressão, a dor e os sinais e sintomas que ele ainda continua apresentando, aí dificulta porque aí não tem muita condição de trabalho, tem que voltar sempre ao médico, às vezes acaba estressando com algum colega ou com os próprios alunos. Então depende muito da patologia, porque mesmo ele liberado ainda tem uma fase de adaptação. (G5)

Por fim, a categoria “Sentimentos” (Tabela 45) presente nos grupos A e B reúne relatos dos entrevistados quanto a descrição de sentimentos vivenciados por servidores nas fases iniciais de adaptação à circunstância de ter restrição laboral ou trabalhar com colega nessa condição. É comum a ambos os grupos a percepção de certo “desamparo do servidor com laudo” destacando que os mesmos enfrentam, por vezes, dificuldades de modo solitário, sem ter informação ou recorrer a ajuda de terceiros como colegas ou algum suporte institucional. A subcategoria “Menos valia, rejeição e exclusão” foi exclusiva do grupo A que descreve momentos em que o servidor com laudo se sente como um pária em seu local de trabalho e sofre hostilizações de chefia ou colegas em função de sua condição. O grupo B apresenta a subcategoria exclusiva “Impotência e tristeza” diante da realidade de pessoas que retornam ao trabalho sem a capacidade plena para realizá-lo.

Tabela 45

Eixo temático 3 “O trabalho e a restrição laboral: primeiros impactos”; Categoria “Sentimentos”

SERVIDOR COM LAUDO	COLEGA	CHEFIA
Categoria: Sentimentos		
- desamparo do servidor com laudo (...) E aquilo [bullying] me trazia, assim, muita angústia. E como falar disso? Pra quem? De que forma? (S7)	- desamparo do servidor com laudo (...) eu sei que ele teve um laudo do [SST], exatamente. Mas exatamente como isso aconteceu eu não sei. (...) pelo... o que eu percebi é que ele ficou bem desamparado quando ele voltou. Lá tem esse agravante que eu falei... que ele não... eles tiveram muita dificuldade de determinar o que ele iria fazer no [setor]. (...) Mas eu acho que ele ficou muito sozinho. Sozinho, assim, no sentido de que ele não teve um acompanhamento, algum auxílio, sei lá, profissional, alguma coisa assim, quando ele voltou. E isso foi agravado pelo fato da dificuldade de gestão e de clareza do que que ele poderia fazer. (C2)	
- Menos valia, rejeição e exclusão Mas aí, reinsere [retorna ao trabalho com restrições], eu tô lá no meu trabalho. Mas aí eu tô sendo o tempo todo sendo vítima de assédio pela chefia, sendo vítima de assédio pelos próprios colegas, passando por um monte de situações. Aí pronto, aí não aposenta por causa da [parte do corpo], aposenta porque eu fiquei doida, porque fiquei deprimida, fiquei louca, entendeu, eu fiquei assim... sabe? Então a gente fica baixo astral com a doença, a gente fica pra baixo, sabe. Então é muito complicado. (S4). Agora, a cobrança que você vai ter de colegas e chefia (...) te olhar e falar assim: "olha, não quer fazer. Olha, tá com má vontade. Olha, sabe, faz muito bem e agora não faz mais". Entendeu? Então, assim, é difícil pra gente. Mas é muito mais difícil você encarar a equipe que você trabalha, porque aí você virou um pária, né. Então é muito ruim, né. (S8)	- Impotência e tristeza Causa uma certa impotência, sim, trabalhar com pessoas que não estão bem para o trabalho, é difícil né, porque eu vejo bem o lado pessoal, porque para mim o trabalho vai continuar aqui, a universidade vai continuar do mesmo jeito, as pessoas vão continuar trabalhando, a universidade vai continuar erguida, então assim, me causa um certa tristeza de ver que as pessoas tem que voltar a trabalhar sem estar bem ainda (...). (C4)	

O eixo temático 4 “O trabalho e a restrição laboral: vivências cotidianas e aspectos práticos” (Tabelas 46 a 49) é o que concentrou maior densidade de conteúdos por apresentar descrições e detalhamentos dos desmembramentos práticos consequentes da emissão do laudo restritivo. As subcategorias perpassam pelo momento do retorno ao trabalho, pelo grau de compreensão e qualidade da interpretação do laudo pelos servidores e chefias, pela definição das atividades laborais do servidor pautadas no cumprimento do laudo, bem como sua interface com todo o processo de trabalho do setor. Tal percurso culmina na permanência do servidor num dado setor aonde se iniciou seu processo de reinserção ou na solicitação de mudança de setor, recorrendo à remoção como alternativa de recomeçar as tentativas de uma reinserção mais exitosa.

A categoria “Retorno ao trabalho após a emissão do laudo restritivo” apresenta relatos dos grupos A e B que expõe vivências positivas e negativas desse momento, bem como traz sinalizações de condutas de exclusão ou de acolhimento por parte dos gestores que impactam no processo de reinserção do servidor com restrição laboral. A subcategoria “Exclusão/não aceitação do servidor devido ao laudo restritivo”, comum aos grupos A e B retrata a relatos de rejeição imediata de chefias diante de um servidor adoecido, sem avaliar possibilidades de contribuição do mesmo apesar de seu quadro de saúde. O grupo B ainda expõe a descrição de uma trama perversa delineada para arquitetar a saída de um servidor com transtorno mental do setor. Tais situações são confrontadas por outras formas de lidar com o servidor nesta condição nas demais subcategorias. A subcategoria exclusiva do grupo A apresenta cenários de “Retorno ao trabalho sem intercorrências”, bem como traz como ponto positivo para o setor o fim da sobrecarga em função do período de afastamento do servidor, sinalizando que aquele indivíduo é capaz de contribuir com os demais colegas.

Tabela 46

Eixo temático 4 “O trabalho e a restrição laboral: vivências cotidianas e aspectos práticos”; Categoria “Retorno ao trabalho após a emissão do laudo restritivo”

SERVIDOR COM LAUDO	COLEGA	CHEFIA
Categoria: Retorno ao trabalho após a emissão do laudo restritivo		
- Exclusão/não aceitação do servidor devido ao laudo restritivo O que eu acho é que a gente já tá doente (...) aí tem alguém que não entende o que você passa e te desrespeita (...) Quando eu cheguei pra pegar serviço a [chefia] (...) "Mas que história é essa que agora você só vive doente?" (...) "não, é porque eu tô com um problema de saúde, depois eu queria conversar com a senhora sozinha". E isso no meio do corredor. (...) "pois me fale qual é a sua tão grave doença" (...) debochando de mim (...) "eu não tenho que te falar qual que é a minha tão grave doença" (...) “porque pra isso a gente tem o serviço médico daqui, vou levar meu atestado lá”. (...) "você vai entregar lá e não volte mais, você não entra mais aqui". (...) A [servidora do RH] me atendeu e eu aos prantos (...) "eu fui mandada embora". (...) Ela ligou pra [chefia] que berrou com ela no telefone, falou que não me aceitava lá (...) que não queria gente doente lá (...) que não servia (...) que eu estava atrapalhando, que lá é um lugar de pessoas saudáveis. (...). (S4) (...) eu fui vítima de muito bullying no meu setor de trabalho (...) levei isso assim de forma tranquila, ignorei muitas vezes. Algumas vezes eu sumi pra que o sofrimento fosse menos (...). (S7) (...) fui muito mal tratada por uma chefia (...) tinha tido um afastamento e quando eu retornei (...) “você não serve mais para esse cargo”. Isto tirou meu chão (...) porque eu tive uma dor e fiquei dias afastada (...) voltei e eu não prestava pra mais nada? E ele me disse que se eu tivesse um mínimo de decência que eu colocasse meu cargo à disposição (...) falei “está colocado”. (...) falou que era bom que eu fosse cuidar da minha dor e que como [função] eu não servia mais, eu saí dali sem chão (...) passando mal (...) aos prantos (...) aí a [colega do setor] me levou até o [SST]. (...) eu desenvolvi uma [doença osteomuscular] que eu não desejo para nenhuma pessoa do mundo (...) as dores que eu tenho. (...) E o tempo foi passando e eu não tinha lugar pra ficar. Imagina uma pessoa num processo doloroso, acabou de ser dita que não serve pra nada e ainda não tem um lugar, não tem uma cadeira (...). Muito menos uma função, eu não era ninguém! Eu não era nada. (...) Mas eu cumpria carga, eles exigiam que eu cumprisse a minha carga horária de oito horas (...). (S9)	- Exclusão/ não aceitação do servidor devido ao laudo restritivo (...) Aí a minha chefe começou a falar com a diretora, falou que não daria e aí falaram que não tinha mais vaga pra ele lá, que ele ia ter que pedir remoção. (...) É, tipo assim, não foi ele que queria né. Meio que obrigaram ele a fazer isso. (...) Então, agora a gente até descobriu o que ele tem. Porque até então a gente não sabia. (...) mandaram até ele pro psiquiatra. Parece que ele tem aquele [transtorno mental] (...). Aí como ele pediu remoção, falaram que não tinha mais vaga pra ele, porque lá no [setor] a gente tá precisando de alguém pro [turno] e ele estuda [neste turno], que ele ia ter que pedir remoção. Só que desde o início sabiam que ele estudava né, e colocaram ele lá. Eu achei uma sacanagem o que fizeram com ele. Aí falaram pra ele pedir remoção. Aí ele pediu, fez algumas entrevistas, mas não passou. Aí semana passada chamaram ele pra conversar, falaram que ele não tinha passado e iam tentar um remanejamento lá no [setor] mesmo. (...) porque não ele não passou em outros lugares. Porque, assim, tem que ser um lugar mais tranquilo, que não mexe com documentos, essas coisas assim, né. (C1)	
- Retorno ao trabalho sem intercorrências		
[O retorno] foi uma coisa que eu resolvi encarar de frente. (...) "não, eu vou encarar isso aí de frente, vamos ver o que que vai dar". E foi muito mais tranquilo do que eu imaginava. (...). (...) eles não tinham quem os subsidiasse nas decisões. Então eles gostaram muito [do meu retorno] nesse sentido, e acabou sendo um alívio também para a equipe (...). (S1). Eu nunca tive problema com os retornos não (...). (S3)		

A categoria “Interpretações do laudo e condutas dos envolvidos” (Tabela 47) apresenta uma diversidade de pontos de vista, entendimentos e ações dos entrevistados referentes ao que é um laudo restritivo, seu processo de emissão, sua legitimidade e suas implicações. A subcategoria comum aos grupos B e C “A não preservação do diagnóstico e o laudo restritivo” trata percepções opostas acerca desta questão. O grupo B questiona o grau de exposição do servidor, argumentando não ser necessário a revelação do diagnóstico em seu setor de trabalho e critica quando o laudo pericial apresenta esse conteúdo indiretamente, dando exemplos além de casos de laudo restritivo, de afastamentos para LTS. O participante do grupo B considera a causa como algo privado e que sua revelação pode suscitar, a depender do diagnóstico, condutas em extremos que classifica como estigmatizantes ou de comoção social, de compadecimento. Por outro lado, no grupo C tem-se a questão da chefia não legitimar o laudo sem saber qual o diagnóstico do servidor, além de emitir certo juízo quanto a determinados diagnósticos serem ou não de fato o que nomeia como “problema de saúde”, sinalizando além de um equívoco conceitual, um desconhecimento do processo de perícia médica e emissão de um laudo restritivo.

A subcategoria “Laudo deve ser cumprido” revela o caráter do laudo de determinar, sendo interpretado como um “cumpra-se”, dando legitimidade às recomendações médicas para a execução adequada e segura da atividade laboral frente à condição de saúde do indivíduo. A subcategoria “Laudo visto por colegas como um privilégio”, subcategoria comum aos grupos A e B, apresenta o entendimento por parte de alguns colegas de trabalho do servidor com laudo restritivo de que tal documento lhe confere privilégios e, ao abordá-lo com essa conotação, comunicam desconfiança ou ilegitimidade das fragilidades na saúde do servidor.

A subcategoria “Chefia contestou o laudo e a veracidade da doença” foi exclusiva do grupo A e apresenta a percepção do servidor de que em alguns momentos a chefia parece desconfiar de seu quadro de saúde e também descreve outros em que abertamente questiona o laudo e sua legitimidade. A subcategoria “Medo da interferência da chefia na emissão do laudo” revela o receio de que problemas de natureza pessoal entre chefia e servidor impactem nas condutas do gestor, gerando angústia e sofrimento do servidor em processo de avaliação da perícia médica que, por vezes, envolve entrevista ou contato com a chefia do servidor.

A subcategoria comum a todos os grupos “Fragilidades da estrutura institucional para efetivar a reinserção” acrescenta à questão explorada fatores externos ao servidor impactando na possibilidade de sua reinserção efetiva. O grupo A descreve situações que dificultam ou impedem o cumprimento do laudo e a baixa resolutividade dessas queixas junto às instâncias recorridas pelo servidor. O grupo B pondera que o sistema de funcionamento da instituição é estruturado para o ápice da produtividade do servidor e também há imprecisão quanto aos parâmetros técnicos norteadores de condutas por parte de colegas e chefias envolvidos nas demandas de reinserção. Um exemplo disso é o relato da conduta de uma chefia que apresenta questões administrativas como prioridade ao cumprimento do laudo. O grupo C pontua a circunstância da espera pela vaga para substituir o servidor com laudo em processo de remoção, impossibilitado de trabalhar no setor em função do laudo restritivo.

Tabela 47

Eixo temático 4 “O trabalho e a restrição laboral: vivências cotidianas e aspectos práticos”; Categoria “Interpretações do laudo e condutas dos envolvidos”

SERVIDOR COM LAUDO	COLEGA	CHEFIA
Categoria: Interpretações do laudo e condutas dos envolvidos		
	- A não preservação do diagnóstico e o laudo restritivo (...) todos os processos que eu tenho vivenciado, não só no dela, todos são dessa maneira (...) do próprio servidor ser meio que exposto (...) nesses casos de licença, de restrição, acho que não deveria nem ter contato com (...) a causa, ninguém tem que ficar exposto pela causa, no caso dela a gente não tá com uma doença estigmatizante, no caso dela ela tem um [diagnóstico], toma (...) medicamentos (...) então assim, é uma doença que causa de uma maneira impacto social positivo (...) causa comoção social (...) mas tem doenças que são mais estigmatizantes (...). Então acho que isso deveria ser muito preservado, né, é a causa da restrição, acho que ela não deveria nem constar no laudo, né e muitas vezes consta (...) a chefia ela não deveria saber o motivo e no laudo está escrito, segundo a lei tal, quando a gente pega a lei tal a gente vê que é, por exemplo, aborto, eu acho que não deveria ter, né. Pouco importa para as pessoas que trabalham com você saber a causa, eu acho que isso deveria ficar lá no [SST], né. Eu acho que a restrição ela deve vir, mas vir sem a causa, a gente tem doenças estigmatizantes que a pessoa não precisa ficar sabendo: tuberculose (...). (C4)	- A não preservação do diagnóstico e o laudo restritivo (...) ela disse que só de saber que tinha o [objeto de trabalho], dava [sintoma] nela. (...) ela tinha que esclarecer o problema dela aqui, mas ela nunca conseguiu, porque nunca chegou um laudo dizendo que ela não podia estar numa parte do setor que tinha o [objeto de trabalho]. Porque o problema dela era dito como [transtorno mental]. (...) Inclusive acho que isso não é um problema de saúde (...) Como chegou um laudo restritivo eu imaginei que poderia ser considerado. Mas não sei se [transtorno mental] pode de fato ser considerado problema de saúde. (...) Não chegou um laudo diagnosticando ela com [transtorno mental]. Não chegou nada de nenhum médico dando esse laudo. (...) Eu pedi alguma coisa pra ficar documentada, porque, assim, se realmente ela tinha [transtorno mental], assim, pra mim também não tinha interesse de ficar lá (...) nunca chegou um laudo pericial, nenhum atestado médico de nenhum local de que isso tem [transtorno mental]. (...). (G4)
- O laudo deve ser cumprido (...) Então dirimiu todo aquele conflito que antes... "ai, tem que ser pela benevolência, pela vontade do gestor". Não, agora tinha o laudo e ele realmente só tinha que cumprir. (...) agilizou muito a aquisição dos instrumentos que eram necessários pra adaptação da minha estação de trabalho. E eu não tive mais que passar por situações de constrangimento como foram das outras vezes, por causa da [diagnóstico]. (...) Então o laudo trouxe uma abertura pra um diálogo mais equilibrado. (S3)	- O laudo deve ser cumprido “(...) quando a diretora a chamou para conversar, pra saber como é que tinha sido o processo e para acalmá-la também, porque a diretora disse pra ela: “olha, eu tenho que responder ao seu processo e você vai para a [função adequada ao laudo] sim, está finalizado” (...). mas emocionalmente o impacto foi grande [a chefia local havia sinalizado não ter como cumprir o laudo]. (C4)” Olha, lá no [setor] já teve uma pessoa (...). Ela afastou depois quando ela voltou tinha algumas coisas que ela não podia fazer. (...) Porque tem restrições não é? Que eles têm que seguir? Aí ele passa pro chefe, não é assim? E aí o chefe tem que seguir aquilo... (C5)	
- Laudo visto por colegas como um privilégio (...) não me sinto à vontade, apesar de saber que é um direito meu (...) muitas vezes [realiza o trabalho de forma adaptada]. Aí tem colegas que te olham diferente, falam que você tem privilégio. Eu pergunto	- Laudo visto por colegas como um privilégio (...) Falas de pessoas que a substituem (...) “enquanto a gente vai com o fubá a pessoa já vem com o bolo pronto”, como se fosse assim, vir um papel do [SST] fosse um golpe dela! Não tem mais agora o que falar, mais o que indagar! Ela tem que sair [da função]!	

pra eles se eles querem trocar de lugar comigo, "mas trocar de lugar é trocar de lugar mesmo. Você não pode [enumera impactos na sua rotina diária]. (...) pois é, porque... então é pacote completo. E eu trocaria minha saúde, normal, por não ter nada disso que você acha que é uma regalia." (...) eu não gosto da conotação que isso tem (...). Essa falta de entendimento também dos colegas, achar que é um prêmio (...) muito pelo contrário. É muito ruim... (S8)

- Chefia contestou o laudo e a veracidade da doença

(...) E alguns momentos (...) não todos (...) a chefia (...) desconfia do que você tem. (...) [descumpriram uma restrição no setor 1] (...) "não posso ficar aqui, tenho um laudo e tal" (...) "mas é um absurdo isso". Eu falei: "A gente precisa de todas [informações técnicas do material] para repassar para o médico e ele avaliar (...) e orientar. E aí levo isso lá no [SST] (...) o protocolo é esse" (...). Aí me deram as fichas [do material usado] (...) a médica falou 90 dias. (...) Aí foi aquele rebuliço (...) [a chefia] não queria aceitar de jeito nenhum, foi no [SST] (...) ela queria que voltasse atrás no laudo (...) os colegas lá e a diretora não acreditavam que aquilo era um laudo. (...) [novo diretor do setor 2] falou: "vou pedir pra reabrir seu processo". (...) "uai, você pode pedir, mas eu acho que não aconteceu nada de novo no meu caso, nem acrescentou doença, nem eu sarei de nenhuma doença. (...) o controle é esse que tá no laudo, afastar do que faz mal, a gente fica controlado". "Ah, mas (...) eu quero (...) que esteja escrito esse problema [especifica o material]". (...) [o perito] falou: "mas eu não tô entendendo. Ele quer que a gente escreva que você também [cita material]?" (...). "mas aqui já está claro..." (...). (S8)

Fragilidades da estrutura institucional para efetivar a reinserção

(...) precisa haver melhor compreensão e melhor interpretação do laudo e de como conduzir as coisas. (...) eram remanejamentos feitos lá dentro do próprio setor. E eu tive dificuldade em todos os [setores], mas porque todos exigiam muito do meu esforço físico. (...) eu fui responsável pelo [setor 1] um bom tempo, acho que foi no período que eu senti mais, foi porque (...)

Ela tem que ir para outra [atividade] (...) que não tem que ficar horas em pé (...) só que não seria a vez dela. Então essa questão com a chefia ficou balançada, porque os [colegas] vêm questionar porque ela já indo sendo que tem uma fila. (C4)

(...) Porque a pessoa vem, só que não tem como chegar no setor sem elevador. E às vezes os outros podem até achar que *cê* não quer trabalhar, que é bom. Bom não é, né, gente, você chegar e não poder exercer o seu trabalho (...). (C5)

- Medo da interferência da chefia na emissão do laudo

(...) apesar dela ter todos os laudos, do SUS, ela já tem carta de deficiente, né, ela já tem vaga de estacionamento sem rodízio no setor (...) porque ela é deficiente já. (...) apesar disso ela tinha medo de como o chefe se portaria e por essas questões pessoais mesmo, né. (...) ela ficou muito ansiosa, "nossa eu não sei qual vai ser o resultado" (...). Foi muita angústia (...) muito sofrimento (...) o impacto foi na descrença mesmo do processo (...) Então, enquanto não chegou na diretoria da escola, ela não teve tranquilidade, o impacto foi muito grande no desenvolvimento do trabalho. (C4)

Fragilidades da estrutura institucional para efetivar a reinserção

(...) a gente vê barreiras, né: da instituição, de colegas com relação ao adoecimento de um colega, né. Então ao mesmo tempo em que o processo pra mim é tranquilo, a gente vê que o sistema ele é um pouco adoecido para o trabalho (...). Ele envolve a pessoa que está apta para trabalhar e não para adoecer, então algumas vezes me chocou um pouco. (...) mesmo depois do laudo pronto (...) ela continuou trabalhando para não deixar as [funções] na mão pois não

Fragilidades da estrutura institucional para efetivar a reinserção

(...) A outra, ela tinha que se afastar, não tinha alternativa. O [SST] deu um laudo pericial... era incapacidade laborial, né, que chama? Então você não tem escolha, você tem que fazer. Eu relatei à (...) minha chefe imediata. Então você vai lá no RH (...) e enquanto eles não arranjavam funcionário, porque não é rápido (...) a gente conseguiu um aluno (...) pra suprir pontualmente aquele problema até

movimentos repetitivos, (...) levantar (...) horas de pé. Então exigia mais o físico, né. E aí eu fui remanejada para o [setor 2] pra sair daquela situação. Mas aí lá já tinha (...) peso. A mesma coisa. Ou seja, o laudo não foi respeitado em momento algum. (S7)

(...) aí eu falava assim: "olha, eu preciso sair daqui" (...). Aí ela [servidora do RH] me olhava e falava assim: "mas você consegue fazer o seu serviço". (...) Só quando chegou no grau máximo, e aí não tem mais como ficar, por que aí quem (...) vai se responsabilizar? Porque a minha saúde, eu não ganho ela mais de volta (...). E aí eu não entendo porque isso acontecia lá: você só vai sair se chegar outro. Não tem que ser assim. (...) Talvez as pessoas não tivessem acreditado que o problema era sério. (S8)

(...) eu cheguei a fazer pergunta (...) pra junta, que se eu estivesse recebendo ordem de fazer essas atividades [restritas pelo laudo] se eu não fizesse se eu estaria não cumprindo uma determinação da chefe do setor (...) e se eu não fizesse eu estaria me prejudicando, mas enfim ela mandava eu fazer, o que poderia ser feito? (...) por e-mail eu retratei tudo isso pra [chefia] na época e não vi muita mudança (...). (S9)

teria outro [colega] para colocar de imediato (...). (C4)

(...) primeiro a comunicação da [servidora com laudo] foi direta com a chefia e isto foi bem difícil "se tiver vaga para a [funções] (...) tem que ver a lotação [dos outros colegas] (...)", (...) fiquei perplexa, é quase uma negação do que já estava definido pelo órgão maior da universidade, não era ela falando ou pedindo encarecidamente que já não estava aguentando (...) eu vejo o processo como algo bem dificultado assim, acho que não só do ponto de vista administrativo, mas do ponto de vista pessoal mesmo, do que se fala, do que não se fala, a comunicação não verbal também, as atitudes de não enfrentamento da própria chefia e dos colegas de que não vão falar sobre o assunto de que está acontecendo (...) é uma omissão perante os colegas também (...) as pessoas estão vendo [descreve sintomas osteomusculares] (...) a idade da [servidora com laudo], a contribuição que ela já fez para a [setor], era algo que nem precisava ser questionado né, poderia ser remanejado sem este estresse todo. (...) Quando foi formalizado, quando chegou todos os papéis, chegou para diretora responder. (...) Ela conversou com a chefia (...) até a secretária, "oh eu preciso falar com ela, porque chegou aqui um papel da diretora e a gente não sabe como é que vai encaminhar isso" (...) a todo momento é como se ela tivesse onerando (...) então fica desgastado esse relacionamento, sabe? (...). (C4)

chegar o outro funcionário. (...) A [transtorno mental] era um problema dela, e como tal, nos momentos que ela tá [sintomática] ela não consegue desenvolver o trabalho. Mas aí o setor também não pode ficar sem uma pessoa, então a gente tinha que arrumar alguém pra colocar no local, né, no lugar. Nós conseguimos o aluno... aquilo foi meio que pra tamponar a emergência, né. E depois veio um outro servidor. (G4)

A categoria “Definição da atividade de trabalho e adaptações” (Tabela 48) agregou maior densidade de conteúdo e trata dos aspectos que permeiam as decisões sobre a configuração ou a reconfiguração das atribuições de trabalho do servidor após a emissão do laudo restritivo ou que, em função de mudança de posto ou setor de trabalho, precisa-se novamente desta análise. A subcategoria “Dificuldade na definição de tarefas compatíveis com o desempenho do servidor” é comum aos três grupos de entrevistados. Ela retrata situações em que o gestor delibera isoladamente a definição de atribuições ou local de trabalho do servidor, isto é, não discutindo isso com o próprio servidor ou não tendo o suporte técnico de profissionais da área da saúde do trabalhador e de recursos humanos para qualificar tal análise. Os relatos também trazem um ponto crítico referente ao funcionamento do setor que, conforme o arranjo das atividades de trabalho dos envolvidos, pode ficar com demandas descobertas quando servidor com laudo está sozinho no mesmo. Além disso, o gestor pode ter dificuldade de identificar tarefas dentro das atribuições do cargo do servidor, um cuidado necessário para não se configurar uma condição de ilegalidade denominada desvio de função.

Uma consequência de tal problemática descrita na subcategoria acima, quando porventura mal conduzida, está revelada na subcategoria “Ociosidade e subutilização do servidor com laudo” comum aos grupos A e B. Trata-se da ociosidade do servidor com laudo restritivo e dos sentimentos despertados por essa condição. Revela situações em que há a realização com receio de tarefas entendidas como não recomendadas pelo laudo como alternativa à ociosidade e ao constrangimento de não colaborar com os colegas. Outra situação que se agrava diante dessa circunstância é retratada pelos grupos A e B na subcategoria “Treinamento do servidor e direcionamentos da gestão” na qual constam relatos em que o servidor não tem domínio sobre as demandas de trabalho de seu setor de lotação. Assim, além das restrições de saúde e definição propriamente de

quais atividades são compatíveis com o laudo, tem-se ainda que haver treinamento técnico para executá-las.

A subcategoria “Qualidade da comunicação e grau de flexibilidade na redefinição das tarefas do grupo” presente nos grupos A e B evidencia a percepção de servidores entrevistados do impacto positivo em se dialogar sobre a redistribuição de tarefas para ajustar todo o processo de trabalho dos envolvidos na definição de atividades compatíveis com o cumprimento do laudo embora, sinalizam, que a depender da qualidade das relações interpessoais configuradas em cada setor, pode-se ter variações no grau de cooperação dos servidores envolvidos nesta situação. Nesse sentido, o grupo B traz um relato em que a comunicação com a chefia do setor é limitada e, embora perceba possibilidades de colaborar com a definição de tarefas condizentes com o laudo, o colega não as apresenta ao gestor.

Os três grupos descreveram “Condutas diversas no cumprimento do laudo”, contendo situações em que a definição das tarefas e os ajustes para o cumprimento do laudo são feitos pelo próprio servidor; outras em que a definição e adaptação de tarefas contou com a iniciativa de colega; exemplos em que a chefia providencia o cumprimento do laudo; e de cooperação do público-alvo do setor de atuação do servidor. Vale destacar um cenário descrito no grupo B que tangencia as temáticas apresentadas na subcategoria “Qualidade da comunicação e grau de flexibilidade na redefinição das tarefas do grupo”. Um participante pondera o critério de definição de tarefas baseado apenas nas impressões do gestor e não evidenciado de modo transparente para o servidor, como um possível limite no desfecho inicial de sua reinserção no setor.

No grupo A foi ainda exemplificada a situação em que ocorreu uma “Mudança no ambiente de trabalho motivada pelo laudo que beneficiou aos demais servidores”

referindo-se à possibilidade de se melhorar o ambiente físico do setor. O grupo A apresenta ainda a subcategoria exclusiva “Aumento das atividades administrativas e de supervisão” em que sinaliza a tendência de as atribuições de trabalho do servidor com laudo agregar maior volume de tarefas administrativas.

Tabela 48

“O trabalho e a restrição laboral: vivências cotidianas e aspectos práticos”; Categoria “Definição da atividade de trabalho e adaptações”

Categoria: Definição da atividade de trabalho e adaptações		
<u>- Dificuldade na definição de tarefas compatíveis com o desempenho do servidor</u> (...) já existia esse setor (...). Então foi assim: dentro disso que tá aqui, na época que eu voltei... “você vai trabalhar com (...)”. Aí tá, tranquilo. Então não foi muito discutido, assim, comigo... não foi muito assim não. É tipo assim, é o que você tem pra fazer. E aí quando começou, na época que tava passando mal e não tinha lugar pra eu ir (...) ela [a chefia] não gostava também, porque os colegas podiam pensar que eu tava (...) à toa. (S8)	<u>- Dificuldade na definição de tarefas compatíveis com o desempenho do servidor</u> (...) porque ele [servidor com laudo] tem dificuldade, ele não consegue fazer as coisas. E ele tava no [setor 1], era sozinho. Aí acho que reclamaram, pediram pra tirar ele, aí a diretora colocou no [setor 2]. Que, assim, o serviço é muito mais difícil, é muito mais coisa, ele tem muito mais dificuldade. Só que ela [a chefe] achou que seria mais gente, tinha mais gente pra ajudar. Mas, assim, não tava dando certo, porque a gente... como a gente não vai dar as coisas pra ele fazer? Tem que dar né. Aí ele começou a fazer umas coisas erradas, que assim, pode dar problema né, é coisa séria, mexer com documento. (C1)	<u>- Dificuldade na definição de tarefas compatíveis com o desempenho do servidor</u> (...) alguns momentos de ausência do [colega do servidor com laudo], isso gerava fator de dificuldades, porque aí tinha uma restrição de.... tarefas. (...) aí o [servidor com laudo] orientava o professor a [realizar a atividade], por exemplo. (...). (G1) (...) esse técnico, se ele não voltar na condição antiga e eu não conseguir dar, vislumbrar trabalho que ele possa exercer (...) "que que ele pode fazer, que que ele não pode", e criar situações. (...) se caracteriza desvio de função, né, isso é muito negativo pra mim (...). (G2)
<u>- Ociosidade e subutilização do servidor com laudo</u> (...) eu fiquei com restrições. (...) Fiquei um tempo afastado. Tive uns ofícios (...) pedindo pra me levar pra trabalhar no [setor], por saber mexer [tarefa que tinha experiência prévia]. Foi negado (...) E com isso eu fiquei praticamente sem poder fazer nada (...). "Vou lá, vou passar o dia, vou conversar com as pessoas. Vai ter alguma coisa pra eu fazer? Vou passar 8 horas, 9 horas dentro da universidade, que que eu vou fazer?" (...). Se eu não tivesse essas restrições físicas eu faria qualquer coisa (...) o pessoal promete, eu, à disposição, inclusive para fazer os cursos, aprender (...) continua a mesma coisa, sem fazer nada, frustrante... tem dia que você fica numa raiva... (...) falta um ano pra eu aposentar (...) "mas será que eu vou aguentar?". (...) o rapaz lá, por exemplo, eu ajudo ele. Não poderia, que isso é (...) horas em pé (...). Mas peço a ele pra que não fale com ninguém. Eu só tô ajudando ele pra não ficar à toa. (...) O que aparece assim que pode fazer meio escondido eu faço (...) Faço alguma coisa pra ajudar uma pessoa ou outra, mas ainda peço às pessoas pra não falarem, porque se acontecer alguma coisa, pela restrição, pelo laudo do médico, eu fico com medo de dar algum problema pra mim. (...) [pelo laudo] não poderia ficar fazendo. Mas ficar à toa também não dá né (...). (S2)	<u>- Ociosidade e subutilização do servidor com laudo</u> (...) várias vezes ele falou assim: "eu vou enlouquecer aqui, porque não me dão nada pra eu fazer, não me falam o que eu tenho que fazer". Então... a minha percepção em relação a ele, que ele tava tendo um sofrimento por não ter alguma atividade pra desenvolver (...) todo mundo do setor sabe da situação, sabe da existência desse laudo. E sabe do sofrimento dele de... não ter resposta do que fazer, que foi agora, foi semana retrasada que deram alguma atividade pra ele fazer, mas que não é compatível com o cargo dele também. (...) embora tenha tido a resposta das atividades que foi delegado a ele após tanta espera, ele fica ainda um pouco infeliz porque a quantidade de atividades foi bastante reduzida. É como se você não desse importância pra atividade que ele poderia fazer. (...) Parece que a quantidade de atividades não preenche a jornada de trabalho. (...) ele é 40 horas. Mas eu acho que o problema todo tá relacionado com a gestão (...) como que isso é gerido que é o problema. (C2)	
<u>- Treinamento do servidor e direcionamentos da gestão</u> (...) ele passou em setor por setor (...) falando que eu tava	<u>- Treinamento do servidor e direcionamentos da gestão</u> (...) E aí precisou de uma readaptação na qual ele não teve	

ingressando no setor e que era pra me dar o treinamento, que eu tava à disposição do [setor] todo. Tinha muita [cita demanda de trabalho] (...) e ninguém interessou. Aí eu falei com eles: agora (...) acontece essas restrições de peso e eu poderia tá colaborando (...) na portaria que ele fez me designando pra outro setor, eu anexeí um documento (...) que eu aceitaria ir pro setor desde que eu passasse por um curso (...) mas esse curso nunca foi dado. Aí com essas restrições agora físicas que eu tive, o serviço que eu tava fazendo era um serviço pesado (...). “Eu vou aguentar, tá perto de aposentar” (...). (S2)

Qualidade da comunicação e grau de flexibilidade na redefinição das tarefas do grupo

(...) eu sempre tive uma relação de igual pra igual com o pessoal. O que eles precisam eu apoio, o que eu preciso eles me apoiam. (...) acredito que o que tem propiciado esse entendimento desde o início tenha sido a relação de transparência. (...) exemplo, a gente precisa deslocar esse [equipamento] do seu setor pro meu setor (...) eles mesmos falam "não, pode deixar que eu levo"(...) "não, o seu [parte do corpo] não dá conta, deixa que eu mesmo faço isso". (S1) (...) Já aqui no [setor], já discutiram mais as tarefas comigo (...) "gente, acho que não tem problema se eu fizer isso, se eu fizer aquilo". (...) Lá foi muito mais fácil, definimos uma logística, não atrapalhava o setor (...). Era bem mais tranquilo, houve cooperação. (...) Porque foi uma coisa negociada, entendida. (...) tirando a relação com a [chefia], que eu acho que foi complicada, né, com a equipe que eu trabalhava mais de perto, era bem tranquilo. Agora, com os colegas de outros setores não é, entendeu? (...) a instituição, às vezes ela não abre muito pra... não é maleável pras suas tarefas, pra adaptar as suas tarefas. (...) às vezes é muito engessada as coisas: o fulano só faz isso, o fulano só faz aquilo. (...) por exemplo, será que não teria como, pega uma parte da sua tarefa, uma parte da tarefa do outro, adapta pra aquela outra pessoa fazer? Então vamos supor que é uma pessoa que tem problema na perna (...) Será que aquela pessoa não pode fazer alguma coisa que ela possa ficar um pouco mais sentada, um pouco mais quieta e ser tão produtiva quanto os outros, de uma outra maneira? Então é adaptar as rotinas de trabalho (...) não vejo isso muito acontecendo. (...) não pensar em soluções conjuntas, com a pessoa (...) às vezes a pessoa pode te dar a solução. (S8)

treinamento, ele não teve nada pra ajudar ou alguma contribuição da chefia pra ajudar ele a desenvolver a atividade dele (...). E eu acho que alguns trabalhos, às vezes... em algumas situações, pode ser que a pessoa necessite até de trocar de setor de trabalho. Dependendo do tipo e trabalho e do tipo de restrição. E aí a necessidade de avaliar como seria essa inserção, se a pessoa precisaria de um treinamento, que aqui na universidade geralmente as pessoas mudam de setor e não tem um outro treinamento. (C2)

Qualidade da comunicação e grau de flexibilidade na redefinição das tarefas do grupo

(...) uma estrutura de comunicação, todo mundo estar sabendo mais ou menos o que tá acontecendo e compreender, aceitar (...) com diálogo e pensando no que a pessoa poderia contribuir. (...) na... é... concordância de todo mundo ali, quem que pode ajudar em determinada atividade, "vamos substituir, vamos trocar?". Eu acho que daria pra chegar num consenso, assim, de como poderia ajustar isso. (...) se o ambiente for muito conflituoso entre colegas, eu acho que vai ser mais complicado, porque algumas pessoas não vão aceitar ou trocar de atividade ou fazer alguma coisa assim (...). (C2)

(...) por exemplo (...) “nós temos esse trabalho, vamos dividir. O que você não pode dentro das suas restrições? Vamos ver e vamos dividir uma parte pra você e uma parte pra mim.”. (...) Igual a [servidora com laudo] a que trabalha com ela trabalha muito, né a [colega] trabalha muito, mas a [servidora com laudo] também mexe com um trabalho chatíssimo sozinha. (...). (C5)

(...) tanto eu quanto os outros servidores, a gente percebe que ele teria um papel muito importante (...) é pela falta de organização da gestão, que não define os papeis. (...) não tem clareza “você vai fazer isso, fulano vai fazer aquilo”. (...) a gente assume as responsabilidades de acordo com o que a gente enxerga que é importante e precisa ser feito (...). Ele não é orientado a fazer essas atividades. (...) sendo que eu sei que haviam possibilidades pra ele, respeitando essa questão dos cargos e a restrição (...). Mas como a gente não tem a liberdade de conversar com a chefia, ajudar nesse ponto é complicado (...) isso seria visto de certa forma como uma afronta: "vocês estão querendo falar... é... falar o que que eu tenho que fazer, o que eu tenho que falar pra ele?". (C2)

- Condutas diversas na definição das atividades do servidor com laudo restritivo

Ficou, na minha responsabilidade, gerenciar aquilo que era (...) do cotidiano, do meu laudo. Na medida do possível eu tento fazer as pausas. (...) Eu continuei realizando os mesmos trabalhos. Mas o que eu vejo que nessa situação tudo, o que mudou foi a minha postura, mesmo. Eu falei assim: bem, o montante de trabalho vai continuar o mesmo, eu já tô com essa dificuldade, lógico que mesmo com a aquisição dos instrumentos, das ferramentas e tal, você não melhora quando você tá com quadro crônico de dor, do dia pra noite não. Então eu fui criando estratégias de diversificar os tipos de atividade durante a minha rotina e distribuir melhor as atividades durante a semana. E me envolver menos com os conflitos da unidade, sabe. Fazer aquilo mesmo que cabia a mim. (S3)

(...) a diretora falou que ia me colocar num setor onde eu pudesse realizar as minhas atividades e pra eu tomar cuidado, não pegar peso (...). E é isso que eu tento fazer, sabe (...). Ficou a meu critério seguir as recomendações do laudo (...). (S4)

- Condutas diversas na definição das atividades do servidor com laudo restritivo

(...) teria que dividir pra uma pessoa não pegar muita coisa, não sobrecarregar (...) o primeiro dia que a ela voltou falei: "agora tá tranquilo, essa época tá tranquila" (...) "ah, já me pediram pra fazer um monte de coisa aqui" (...) acho que não foi por maldade (...) minha chefe quis que ela se sentisse ali de novo. Dar uma tarefa pra ela não ficar à toa, porque é pior. Só que aí, ela viu que ela tava com muita tarefa e os outros não. (...) a intenção foi uma, mas ela pode ter visto de outro jeito (...). (C1)

(...) Recentemente um colega nosso tem um problema bastante sério de [parte do corpo] e aí ele teve que ficar afastado, fazer cirurgia e várias atividades dele foram... tiveram que ser revistas por causa desse problema. (C2)

(...) por causa dessas questões de saúde eles não davam nenhuma atividade pra ele (...) depois que eu ofereci pra ele pra me dar uma ajuda (...) nos entendemos, ele gostou (...) passou a me ajudar em tudo aqui (...) a gente entrou num consenso e conversamos com o chefe do [setor], ele concordou (...) antes mesmo de ele ter esse laudo, ele falava que tinha problema da [parte do corpo] (...) e a gente mesmo não deixava ele pegar peso (...) parece que não pode ficar muito em pé. Aí programava as coisas pra fazer com período menor que isso. (...). (C3)

- Condutas diversas na definição das atividades do servidor com laudo restritivo

(...) uma servidora trabalhava na [função] aqui da faculdade, que ela teve alguns afastamentos por motivo de saúde. Algumas vezes por demanda de tratamento e outra pra cirurgia (...) nesse período ela demandava uma atividade que deveria ser interrompida do ponto de vista da saúde (...) Não houve necessidade de mudar as tarefas, porque ela não tinha limitação pra isso, né, então não teve necessidade. O laudo falava mais de uma estrutura que pudesse atender a essa solicitação (...) porque era um problema na [parte do corpo], então... ela não poderia ficar sentada no período todo da jornada dela de trabalho. (...) foi dado esse laudo que ela teria que ficar numa posição (...) e isso foi providenciado. (G3)

- Mudança no ambiente de trabalho motivada pelo laudo beneficiou aos demais servidores

(...) perceberam que não era um problema só meu (...) teve uma reforma (...) tirou os móveis antigos. (...) houve essa melhoria. Fico feliz de um problema pessoal que eu fui atrás pra resolver, acabou beneficiando toda a minha equipe. (S3)

- Aumento das atividades administrativas e de supervisão

Aí acabou ficando muito uma questão mais... pra mim, mais de orientação de como fazer o serviço do que colocar a mão na massa, propriamente dito. (S1)

(...) começaram os meus laudos restritivos e aí eu fui pra uma área mais administrativa (...) eu fiquei afastada de tudo que eu não podia (...) é chato, porque tem que escrever, tem que fazer muita conta, muito cálculo (...). Como é uma parte pesada e maçante, eles [colegas] deram graças a Deus (...). Era uma coisa que ninguém gostava mesmo: "ficou pra ela? Que bom. Agora só ela que faz isso." (...). (S8)

A categoria “Troca de setor ligada ao processo de adoecimento e ao cumprimento do laudo” (Tabela 49) apresentou a subcategoria comum aos três grupos “Pedido de remoção como alternativa para a reinserção” diante da vivência de dificuldades para o ajustamento da nova condição de saúde e funcionalidade do servidor diante dos processos de trabalho de seu setor. O grupo A traz, por fim, a remoção como uma “oportunidade de recomeçar” em um novo setor ou nova atividade após vivências de situações não exitosas do processo de reinserção em outros setores. Também apresenta angústias próprias ao momento de mudança e, situações de grande expectativa do servidor por desempenhar uma atividade que tenha domínio técnico e também seja prazerosa.

Nas subcategorias do grupo A aparece ainda relatos que avaliam negativamente o modo como se deu o processo de saída do servidor do setor em que foi considerada a impossibilidade de cumprimento do laudo no mesmo. Os entrevistados descrevem situações de ausência de reconhecimento de seu trabalho e tratamento hostil.

Tabela 49

“O trabalho e a restrição laboral: vivências cotidianas e aspectos práticos”; Categoria “Troca de setor ligada ao processo de adoecimento e ao cumprimento do laudo”

Categoria: Troca de setor ligada ao processo de adoecimento e ao cumprimento do laudo		
- Pedido de remoção como alternativa para a reinserção (...) Me chamaram na secretaria, a [profissional] encarregada: "você está saindo do setor". Quem me deu essa informação foi até a encarregada. Eu falei: "mas por quê?". "Você tá indo pra [setor], a partir de tal dia você não faz mais parte do quadro daqui". Foi só assim. (...) E reconhecimento, infelizmente isso aí eu não espero, porque uma vez que eu estou trabalhando, eu tenho meu salário né (...). (S7)	- Pedido de remoção como alternativa para a reinserção E aí ela pediu... em [mês] ela saiu, ela conseguiu remoção. Ela já tinha pedido, só que esse negócio dela afastar, não saía a remoção. Assim que ela voltou... e ela chegou num ponto que ela chegou a querer pedir exoneração, porque, assim, não podia falar em pisar aqui... pra ela o problema estava na [setor]. A gente não sabe... nem sabe o que aconteceu, se aconteceu alguma coisa, mas ela não queria pisar [no setor]. Agora ela já está em outro setor, tá gostando, estão adorando ela lá. Porque ela é muito boa de serviço, sempre foi. (C1)	- Pedido de remoção como alternativa para a reinserção (...) também a servidora não está mais aqui, pediu remoção. Ela passou por um problema psiquiátrico (...) e ao retornar não retornou de uma forma normal (...) lidei de forma tranquila, quando ela veio aqui falando que ela queria a remoção, em função do que ela não tava se sentindo bem e ela queria mudar de ares, digamos assim. Eu cheguei a propor pra ela ir pra outro setor, achando que pudesse às vezes não ser... ser o ambiente do setor que poderia não estar confortável. Mas ela falou que não, que ela queria sair era mesmo da unidade. Então, ok. Assinei o processo de remoção com permuta e assim foi feito... naturalmente. (G3)
- Oportunidade de recomeçar (...) eu vim com aquela expectativa de voltar pra um local que eu goste, fazer as coisas que eu sei fazer e gosto de fazer. (S2) (...) quando eu saí do [setor de lotação da época do início dos sintomas] saí muito triste (...) se o médico do trabalho falasse comigo "eu vou te aposentar, não precisa você voltar nunca mais na [IFES]", eu ia ficar agradecida (...) mas depois quando eu vim pra primeira conversa lá no RH, aí eu falei: "não, existe vida após [setor de lotação da época do início dos sintomas], né". Porque eu esqueci o tanto que eu tinha sido uma boa funcionária [nos outros setores] (...). (S4) (...) vim pro [novo setor]. Nesse novo começo gerou um pouco de angústia (...) eu <i>tava</i> mudando completamente de função (...) apesar de já conhecer outras pessoas e tal, que estavam aqui, mas era fazer uma coisa diferente (...). (S8) (...) há palavras que ele me disse nessa perícia que me voltaram a enxergar uma luzinha lá no fim do túnel (...) pra mim antes era um abismo (...) como se eu <i>tivesse</i> recomeçando a minha vida, do nada para uma grande possibilidade (...) quando me foi dito que eu seria removida (...) eu vi uma chance de uma vida, voltei a entender que eu prestava sim pra alguma coisa (...) eu não tinha reconhecimento dentro dessa casa, eu não servia pra nada? Então eu voltei a servir, eu servia pra alguma coisa. (S9)		

DISCUSSÃO

Os resultados deste trabalho permitiram mapear os momentos chave e os cenários da reinserção laboral longitudinalmente encadeados nos eixos temáticos. Apontaram que os principais pontos a serem considerados para a compreensão do processo de reinserção iniciam-se no período de adoecimento e afastamento do trabalho, perpassando pela evolução dos tratamentos de saúde eventualmente realizados, pelas expectativas e experiências do retorno após a licença médica; envolvem a emissão do laudo restritivo e a qualidade da comunicação e da interpretação da restrição laboral pelas chefias e servidores; pelo posicionamento da gestão e se há algum suporte técnico de setores da saúde do trabalhador ou recursos humanos; pelas condutas individuais e coletivas delineadas na (re)definição das atividades de trabalho do servidor considerando suas restrições laborais e os consequentes rearranjos no processo de trabalho do setor porventura necessários.

Os achados desse estudo revelam fenômenos transversais ao processo de reinserção mapeado nesse artigo tangentes à dinâmica das normativas da saúde e do trabalho, bem como evidenciam pontos de confronto entre saberes e valores mobilizados nas interações entre chefias e servidores e, desses, com as atividades e os processos de trabalho. A Ergologia propõe conceitos e pressupostos pertinentes à exploração de tais fenômenos que o presente artigo busca elucidar. Nesse percurso, identificaram-se ainda momentos em que a compreensão de aspectos da função e da saúde do homem, bem como de um olhar técnico sobre a atividade de trabalho se fazem saberes convocados no decurso da reinserção. Diante desses, o presente estudo apresentou ainda pontos de contribuição da CIF e da ergonomia como referenciais pertinentes para tal exploração.

A abordagem ergológica entende o trabalho como uso dramático de si (Holz & Bianco, 2014; Schwartz & Durrieu, 2016). Esse uso é operado no e pelo chamado corpo-si, que abarca, por um lado, a mobilização de sua neurofisiologia, inteligência, memória e

demais dimensões biológicas, e por outro, toca as particularidades da própria história, seu conjunto de vivências culturais e sociais. O corpo-si convoca então a dimensão de uso de si mesmo que, em sua totalidade e complexidade, não são passíveis de objetivação e prescrição (Schwartz & Durrive, 2010; Silva & Borges, 2017). Considerando-se o fenômeno da reinserção, o estabelecimento de um diagnóstico e a emissão de um laudo restritivo compõe elementos a serem incorporados pelo corpo-si do trabalhador adoecido. Trata-se de situações em que o percurso vivenciado pelo trabalhador até o retorno às atividades laborais traz evidências de que seu corpo não é mais o mesmo. Em meio a lembranças e aos pontos de referência em relação ao trabalho anteriormente por ele exercido impelem o indivíduo a desafiantes confrontações de seu novo momento, tecendo novas construções e significados (Poersch & Merlo, 2017; Silva & Borges, 2017).

Nesse processo identificam-se riscos de enquadramento rígido do corpo-si a limites pressupostos de incapacidade pela doença e pelas restrições laborais que se sobreponham à complexidade e à totalidade do corpo-si, sua história, capacidade de adaptação e recursos infinitamente vastos. A noção de “funcionalidade” apresentada pela CIF, bem como o entendimento ergológico sobre a saúde humana, mostra-se profícuos para balizar tais elaborações às quais o corpo-si é convocado a realizar no decurso do processo saúde e doença. Destacam-se, especificamente, as mobilizações às quais o corpo-si é impelido diante das dinâmicas de sua atividade de trabalho. A prerrogativa central da CIF é a mudança de paradigma cujo foco não está centrado na doença, mas sim na funcionalidade humana (Buchalla, 2003; Sampaio, 2012), sendo essa entendida na interação entre as condições de saúde da pessoa e seu ambiente. Considera-se assim os impactos de aspectos do ambiente físico, social e de atitude no qual as pessoas vivem e conduzem suas atividades como barreiras ou como facilitadores para a funcionalidade de uma pessoa (OMS, 2003). Há então que se considerar a influência de fatores ambientais, sendo que apenas o diagnóstico ou o

conjunto de sintomas são insuficientes para determinar a funcionalidade humana. De modo consonante, à luz da obra de George Canguilhem, a ergologia entende o espectro da saúde ligado à capacidade de ajustamento do homem (Dias & Moreira, 2011; Soldera, 2015; Silva & Borges, 2017).

Os dizeres de um dado diagnóstico e de uma restrição laboral perfazem mais um dos muitos elementos passíveis de serem tratados no universo das prescrições (Guérin *et al.*, 2001) e das normas antecedentes (Schwartz & Durrive, 2010; Holz & Bianco, 2014; Soldera, 2015) e impactará, por exemplo, na divisão de tarefas de uma equipe e na definição da atividade de trabalho do servidor com laudo. Tal como quaisquer outra prescrição, elementos ligados ao cumprimento de restrições laborais serão submetidos às infinitas provas no “real da atividade” (Guérin *et al.*, 2001), não sendo portanto, em sua completude, antecipáveis. Desse modo, sem o claro entendimento dos limites intrínsecos à toda prescrição, abre-se um campo fértil para o surgimento de conflitos entre os trabalhadores e gestores envolvidos, situação que cerceia a exploração de possibilidades de se respeitar a saúde do trabalhador em questão e de bem (re)configurar as práticas de trabalho. Assim sendo, tais elementos prescritos, como quaisquer outros, não podem ser tratados com rigidez cartesiana, dado que adentrariam o campo do “impossível” à uma prescrição plenamente antecipar; e do “invivível” à essência da atividade humana executar (Schwartz & Durrive, 2010; Silva & Borges, 2017).

Observa-se nos relatos dos participantes certa fragilidade tanto na esfera das “normas antecedentes” como na própria dimensão “do viver” intrínseca à atividade humana, no sentido de as vivências da atividade de trabalho render-se às suas demandas de “renormalizações” frente à dinamicidade própria do “trabalhar”. Isto é, o laudo restritivo é uma diretriz que assumirá contornos sempre circunscritos à essência e às dinâmicas da atividade humana no trabalho elucidadas pela ergologia. Não se pode antecipar plenamente o “ideal” e a “regra” a ser rigidamente implantada, mas sim cunhar o escopo de uma diretriz que, para todos os

envolvidos na cena do trabalho, possam nortear os constantes debates de normas e valores, intrínsecos às arbitragens cotidianas manifestadas em cada infinitesimal parcela da composição da atividade humana no trabalho. Por outro lado, não se pode ignorar, subjugar ou banalizar a restrição laboral, tal como ficou transparecido em situações descritas pelos participantes em que não houve disposição dos envolvidos para considerar tal situação; ou observou-se a ausência ou insuficiência de debates de saberes técnicos junto aos saberes imanentes tanto nas esferas prescritivas como na esfera do real da atividade.

Desse modo, evidencia-se que o encontro da pluralidade de saberes técnicos e de saberes investidos observados nos relatos de muitos participantes não se dá satisfatoriamente no campo da prescrição, bem como apresenta limites profundos nas renormalizações. Ainda, diante das dificuldades relatadas pelos trabalhadores, as estratégias acessadas na tentativa dessas reconfigurações foram limitadas, pouco exploradas ou ineficazes. Essas perfizeram, muitas vezes, processos de estagnação, de queixas que não impeliram ao diálogo ou ao protagonismo dos trabalhadores seja por passividade, desinteresse, desinformação ou medo. Desse modo, ofusca-se a dimensão do “viver” à qual clama a atividade humana no trabalho e aprofunda-se as conexões com o patológico (Schwartz & Durrive, 2010; Dias & Moreira, 2011; Silva & Borges, 2017). Em muitos relatos de queixas dos trabalhadores apresentados nos resultados desse trabalho, não se observa com densidade essa dimensão de “vida” própria do engajamento constante nas renormalizações ocorridas no confronto corriqueiro das diversas normas e valores que permeiam o fazer humano na atividade de trabalho (Schwartz & Durrive, 2010; Dias & Moreira, 2011; Soldara, 2015; Silva & Borges, 2017).

O debate de normas e valores aparece claramente limitado em diversas situações de trabalho apresentadas pelos participantes. Os saberes técnicos e os saberes investidos evocados na cena do trabalho apresentaram, segundo os relatos dos participantes, situações de clara insuficiência ou inexistência de interações satisfatórias entre gestores, trabalhadores e

profissionais da saúde do trabalhador e recursos humanos. Os exemplos de deliberações isoladas ou de análises rasas, com limitados debates saberes, normas e valores, comprometem a compreensão do laudo restritivo, as possibilidades de se acomodar os elementos prescritivos ligados à restrição laboral nas atividades e processos de trabalho do setor e, principalmente, de lidar com os mesmos no real da atividade.

Para tal cenário faz-se pertinente retomar a proposta ergológica para melhor compreensão da atividade humana no trabalho que envolve o exercício de colocar em diálogo e confrontação os saberes científicos (conhecimento conceitual ou formal) e os saberes imanentes à atividade (conhecimento do trabalhador). Nesse sentido, A Ergologia propõe o chamado “Dispositivo Dinâmico de Três Pólos (DD3P)” (Schwartz & Durrive, 2010; Trinquet, 2010; Holz & Bianco, 2014; Silva & Borges, 2017). Trata-se de um dispositivo de trabalho cooperativo que envolve o reconhecimento do saber do outro e o domínio dos saberes compartilhados, não havendo uma técnica ou uma maneira única e pré-estabelecida para sua realização (Durrive & Schwartz, 2008; Schwartz & Durrive, 2010; Holz & Bianco, 2014; Soldera, 2015). O DD3P como dispositivo de problematização oportuniza a recriação do espaço entre o indivíduo e a regra, abre-se espaço para o debate de normas, numa dinâmica de remodelagens e ajustamentos, envolvendo a formulação e a absorção de conhecimentos que conduzirão à transformação, processo intimamente ligado à dimensão da saúde no trabalho (Soldera, 2015).

Não se observa nos resultados desse trabalho legitimação consistente dos saberes imanentes nos debates de normas e valores que permeiam os processos de tomadas de decisão e as práticas de trabalho, perpassadas pelas atualizações das normas antecedentes e renormalizações envolvidos na dinâmica da vida no trabalho. De modo semelhante, nos debates de normas e valores foram evidenciadas carências de inserção de saberes técnicos determinantes para favorecer experiências exitosas de reinserção, dos quais se destacam

aqueles ligados: 1) ao contexto histórico das relações de produção e das formas de se pensar e de conceber o trabalho e sua produtividade; 2) aos elementos técnicos que conduzam uma análise na perspectiva da funcionalidade do indivíduo no trabalho, mesmo em contextos de adversidades, sendo que a CIF pode ser considerada um norteador pertinente para essa finalidade; 3) às análises das condições e da organização do trabalho, fundamentadas nas teorias científicas e filosóficas do trabalho, abarcando um debruçar cuidadoso e qualificado no entendimento e intervenção nos processos de trabalho, considerando os aspectos institucionais e as variabilidades do *trabalho* e do *trabalhar*, a exemplo da contribuição que oferece a ergologia e a ergonomia da atividade.

Ergonomia e ergologia se complementam no eixo da exploração da saúde no trabalho considerando a importância de reduzir a distância inesgotavelmente produzida entre o prescrito e o real, bem como de considerar a dinâmica dos saberes, competências e valores constituídos e infinitamente renovados na atividade humana no trabalho (Schwartz & Durrive, 2010; Soldera, 2015). Fica evidente que desfechos de saúde no trabalho não se configuram ao se considerar a existência de uma dada racionalidade como “a correta”, tais como as estabelecidas unilateral e verticalmente pelos níveis gerenciais. É preciso, pois, abarcar as múltiplas racionalidades e valores envolvidos nas escolhas individuais e coletivas intrínsecos aos infindáveis debates tangentes à definição do “que” realizar no trabalho e do “como” fazê-lo, considerando o que lhe é ordenado, mas também, suas próprias ordens (Soldera, 2015). Não cercear a possibilidade ao trabalhador de fazer a seu modo uma apropriação do prescrito consolida caminhos de transformação do trabalho que beneficiam sua saúde (Soldera, 2015).

O manejo e a superação de desafios do processo de reinserção abordados no presente estudo podem ser favorecidos pela apropriação de pressupostos ergológicos. Esses podem auxiliar os trabalhadores a cunharem diretrizes para o cumprimento do laudo restritivo para que, no “real da atividade” as dificuldades e os desafios intrínsecos ao processo saudável e

desejável das renormalizações não perfaçam, situações de risco, silenciamento, conflitos, exclusão, sobrecarga ou insatisfação para o trabalhador com laudo, chefias e colegas.

O olhar e a intervenção ergológica atentam-se para modos de se trabalhar os saberes dos envolvidos na cena da reinserção (trabalhadores, chefias, profissionais de saúde do trabalhador e do recursos humanos, entre outros), bem como identificam a necessidade de melhor instrumentalizar os debates de normas e de valores envolvidos. Assim, pode-se desvelar aqueles saberes ainda ignorados ou pouco articulados, auxiliando os trabalhadores a visualizarem a própria atividade de trabalho, bem como todo o processo de trabalho com certo distanciamento, para que possam ampliar seu alcance avaliativo e analítico (Schwartz, 2011). Por conseguinte, podem atenuar ou neutralizar os impactos de elementos cerceadores e prejudiciais à fluidez das renormalizações, individuais e coletivas, abrindo-se campo para tais exercícios privilegiados de busca pela saúde no trabalho.

Por fim, considerando as dificuldades para o processo de reinserção evidenciadas nos resultados desse estudo – de ordem técnica, da comunicação, da disponibilidade para o diálogo e grau de flexibilidade – é possível constatar que, na ausência de diretriz institucional para a reinserção, essa fica a critério de cada setor, então existirão aqueles que serão cooperativos e aqueles que não o serão. A depender de como se dá o período de afastamento do servidor do trabalho, de como as restrições laborais forem apresentadas, interpretadas e consideradas por servidores e chefias abre-se, notoriamente, a possibilidade para surgimento de conflitos. Foram desveladas situações de diálogo inexistentes ou ineficazes, equívocos ou negligências ligados a hierarquia, análise limitada ou insuficiente das possibilidades de negociação com os trabalhadores para o cumprimento do laudo; suporte técnico institucional ausente ou limitado para a reinserção como balizadores de condutas de pouca flexibilidade, falta de acolhimento, empatia e cooperação que enredam relatos de sofrimento, exclusão, e conflitos envolvendo todos os grupos de servidores. Os resultados evidenciam que o processo

de reinserção necessita de planejamento, clareza de informações, critérios norteadores e estratégias contextualizadas.

Assim sendo, faz-se necessário a existência de uma política institucional para nortear ações de reinserção laboral, tendo como operadores importantes e articulados os setores de Saúde do Trabalhador e de Recursos Humanos. Seus profissionais podem se valer de pressupostos das ciências do trabalho para qualificar suas ações, a exemplo da Ergologia e da Ergonomia. Não se trata de estabelecer procedimentos rígidos e inflexíveis a serem seguidos, dado que dispor das particularidades de cada caso também prejudica as possibilidades de êxito da reinserção. Diante de uma gama de estratégias para se efetivar cada etapa da reinserção, acredita-se que explorá-las a partir da escuta qualificada do servidor com laudo e demais envolvidos, para então definir-se em cada caso o procedimento pertinente e acessível a ele, pode-se minimizar os problemas e conflitos evidenciados nos resultados deste artigo. No escopo de possibilidades institucionais e terapêuticas porventura localmente disponíveis é necessário garantir o monitoramento e a oferta de suporte institucional especializado para acompanhar os processos de reinserção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho elucidou elementos balizadores da reinserção laboral e evidenciou a complexidade de seu manejo nas esferas individual, coletiva e institucional. Ficou transparente que o processo de reinserção realizado com a desvalorização dos saberes investidos ou com um suporte técnico frágil gera dificuldades no cumprimento do laudo restritivo, ligados a equívocos de interpretação, ausência de critérios norteadores e transparentes por parte das instâncias hierárquicas, muitas vezes agravados pela estrutura precária, burocrática e a qualidade limitada dos processos de comunicação. Tais situações

acarretam falhas no processo de reinserção que, por vezes, se dá de modo conflituoso e oneroso para os servidores envolvidos.

Quanto aos elementos envolvidos na (re)definição da atividade de trabalho do trabalhador com restrição e mudanças nos processos de trabalho foi transparecida a importância da valorização dos saberes investidos em interação com saberes técnicos. Quanto aos últimos é válido considerar saberes dedicados a compreensão dos processos de funcionalidade e incapacidade do homem, bem como métodos que consideram a análise da atividade humana no trabalho, sendo que se pode destacar a contribuição de abordagens como a ergologia e a ergonomia da atividade. Para reflexões referentes à funcionalidade humana apresentou-se a pertinência de agregar prerrogativas da CIF. A articulação desses referências para problematizar o fenômeno da reinserção laboral foi limitada nesse artigo sendo pertinente o aprofundamento de tal exploração em estudos vindouros. Esse estudo também apresentou limites metodológicos tangentes à irregular composição dos grupos de entrevistados.

Foi enfatizada a transversalidade de pressupostos ergológicos e sua contribuição na exploração do fenômeno da reinserção no trabalho. Os debates de normas, valores e saberes que permeiam as dramáticas dos usos de si frente a esse fenômeno mostram-se determinantes nos seus desfechos o que apresenta a pertinência da abordagem e da postura ergológica em intervenções da saúde do trabalhador voltadas para favorecer a reinserção de trabalhadores com laudo restritivo.

3.1.3 Estudo 3

Estudo dos facilitadores e barreiras presentes no processo de reinserção no trabalho de servidores públicos federais com restrição laboral na perspectiva de servidores e chefias

No presente estudo foi realizado um levantamento dos principais fatores ambientais envolvidos no processo de reinserção de servidores com restrição laboral de uma instituição federal de ensino da região sudeste. A exploração contemplou diversos atores envolvidos no contexto considerado mais imediato de uma situação de trabalho: servidores com restrição laboral, colegas de trabalho e chefias. A CIF considera fatores ambientais, o ambiente físico, social e de atitude no qual a pessoa vive e influencia sua funcionalidade de forma substancial (OMS, 2003; 2013), cuja avaliação e descrição são complexas. Esse ambiente - físico, social e de atitude –, no qual as pessoas vivem e conduzem sua vida, podem configurar barreiras ou facilitadores para a funcionalidade de uma pessoa (OMS, 2003; 2013).

Considerando a dinâmica e a complexidade do entendimento dos fatores ambientais, a CIF apresenta ainda a distinção entre os termos “capacidade” e “desempenho” (OMS, 2013). O termo “capacidade” descreve o que uma pessoa faz em uma situação em que o efeito do contexto está ausente ou é irrelevante (como em um contexto padronizado de avaliação) e o termo “desempenho” descreve o que uma pessoa faz no seu ambiente habitual, isto é, considera a interação entre a pessoa e o contexto, de modo que o desempenho pode mudar em diferentes ambientes. Assim sendo, se a influência dos fatores ambientais for positiva, o desempenho resultante ficará acima da capacidade esperada e, se essa influência for negativa, o desempenho do indivíduo ficará abaixo da sua capacidade. Quando um fator ambiental melhora o desempenho, ele é codificado como um facilitador, quando ele reduz o nível de desempenho, ele é codificado como uma barreira. O ambiente pode ter um efeito significativo sobre a funcionalidade de uma pessoa e é essencial registrar o grau em que ele facilita ou dificulta seu desempenho (OMS, 2013).

O objetivo principal do estudo é identificar, em conformidade com a CIF, os facilitadores e as barreiras percebidas nos processos de reinserção de servidores de uma instituição federal de ensino da região sudeste pelos trabalhadores que o vivenciam.

MÉTODO

Trabalhou-se com a análise de conteúdo categorial (Bardin, 2009) de um corpus proveniente de 19 entrevistas semiestruturadas (Gaskell, 2008) realizadas com servidores de uma instituição federal de ensino da região sudeste com e sem laudo restritivo, bem como servidores com cargo de chefia. À medida que foram identificados os facilitadores e as barreiras do processo de reinserção no corpus analisado esses foram enquadrados nos capítulos do componente da CIF “Fatores Ambientais”, que compuseram as categorias da análise, sendo eles: 1-Produtos e tecnologia; 2-Ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo homem; 3-Apoio e relacionamentos; 4-Atitudes; 5-Serviços, sistemas e políticas (Anexo I, p.228).

A análise considerou os participantes divididos em três 3 grupos: grupo A, contendo 9 servidores com restrição laboral; grupo B, 5 servidores sem restrição laboral em setor onde há pessoas nessa condição (colegas); grupo C, 5 chefias de setores em que há servidores com restrição laboral. Cada entrevista foi analisada separadamente, sendo pesquisado a presença de facilitadores ou barreiras conforme os capítulos do componente da CIF “Fatores Ambientais”. O extratos de fala de cada entrevista pertencentes ao mesmo capítulo foram contabilizados como 1 (uma) ocorrência dentro daquela categoria temática e registrada se referente a um facilitador, a uma barreira, ou a ambos. Assim a análise quantitativa revela em quantas entrevistas de cada grupo teve-se a ocorrência de determinado tema, seja como facilitador, como barreira ou ambos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As práticas de reinserção no trabalho, via de regra, não tem sua complexidade abarcada tão somente pelos clássicos tratamentos de reabilitação clínica e psicossocial

oferecidos em diferentes serviços de saúde, sendo indispensável o envolvimento das instituições empregadoras para o atendimento global do trabalhador em processo de reinserção (Toldrá *et al.*, 2010). Os achados do presente trabalho reforçam essa afirmativa ao mapear diversos fatores ambientais, circunscritos aos processos de ajustamento dos trabalhadores e do trabalho intrínsecos à reinserção.

Na Tabela 50 tem-se o número de ocorrências de extratos de fala em cada capítulo do componente da CIF Fatores Ambientais. As colunas correspondentes a cada grupo de participantes apresentam o número de entrevistas em que foram encontrados extrato(s) de fala próprios a cada capítulo da CIF (categoria), sempre registrado em relação ao total de participantes que compõe cada grupo. As colunas intituladas total exibem a soma parcial de cada item enumerado em seu respectivo capítulo, bem como a soma do conjunto de itens de cada capítulo. Logo, nesta última é possível ter-se um número superior ao total de participantes.

Para o conjunto dos entrevistados, os principais fatores ambientais apontados, tanto como barreiras, como facilitadores são pertencentes ao capítulo 4, “Atitudes”, com destaque para os itens “Atitudes individuais de conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade” (e425) e “Atitudes individuais de pessoas em posições de autoridade” (e430) que concentraram, nessa ordem, o maior quantitativo de ocorrências no corpus analisado, tanto na classificação como facilitador, como barreira. Esse capítulo define as “atitudes” como as consequências passíveis de observação referentes aos costumes, às práticas, às ideologias, aos valores, às crenças religiosas, dentre outros. As atitudes tem influência transversal no comportamento individual e na vida social, por exemplo, estão ligadas a concepções de confiança, de merecimento e de valor de um ser humano que balizam práticas honrosas e positivas por um lado ou, por outro, podem envolver condutas discriminatórias e negativas, como atitudes de estigmatização, negligência, preconceitos e marginalização de

alguém. Essa classificação não se aplica à atitudes da própria pessoa para consigo mesma, mas sim às atitudes de indivíduos em relação à pessoa cuja situação está sendo descrita. (OMS, 2003). Considera-se também relevante compreender a partir da perspectiva qualitativa os fatores ambientais identificados quantitativamente. Desse modo, a seguir serão ilustrados extratos de fala que compuseram os capítulos que tiveram maior ocorrência entre os três grupos.

O grupo A (servidor com laudo) apresentou ocorrências em 13 do total de 15 itens mencionados pelos participantes dentre as possibilidades de classificação dos fatores ambientais, agrupados nos 5 capítulos. Os principais elementos apontados como facilitadores foram pertencentes ao item “Atitudes individuais de pessoas em posições de autoridade” (e430) e, como barreiras, foram “Atitudes individuais de conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade” (e425).

Apresentam-se a seguir extratos de fala referentes a esses fatores ambientais, em suas duas faces de classificação: facilitador e barreira.

(...) o mais importante de favorecimento do processo é a atitude da chefia, o acolhimento (...) naquilo que você vai mudar / (...) [o diretor disse que] eu poderia resolver da melhor forma possível (...). / (...) flexibilização por parte da chefia, acho que seria um fator pra reinserir a pessoa ali no local de trabalho. (...). / (...) minha coordenadora imediata é uma pessoa muito boa, muito tranquila de trabalhar, muito respeitosa. / (...) a chefia é ausente (...) simplesmente lavam as mãos (...) / (...) o diretor falou não, que quem mandava era ele, pronto. (...) quem ficou de encaminhar as coisas pra ver uma coisa que pudesse ocupar o meu tempo [após laudo restritivo] foi a minha chefia... não foi feito (...) / (...) aí eu tô sendo (...) vítima de assédio pela chefia (...) passando por um monte de situações (...) aí não aposenta por causa da [parte do corpo], aposenta porque eu fiquei doida, deprimida (...) / [a chefia] "Mas que história é essa que agora você só vive doente?" (...) "pois me fale qual é a sua tão grave doença?" (...) assim, debochando de mim (...). (Grupo A, e430)

(...) [no laudo] tinha essas pausas (...) eu fazia na medida do possível, mas sempre dei conta do meu trabalho, então isso não prejudicava a equipe como um todo. E a questão da minha saída algumas vezes na semana pra fazer o [tratamento] era algo acordado com os meus colegas de trabalho, tinha outras pessoas que não tinham laudo, mas estavam também fazendo [algum tratamento] ou um outro tipo de atividade. Então, o ambiente era harmonioso, de cumplicidade mesmo, um apoiando o outro (...) foi a maneira que a gente encontrou de se proteger entre a gente né, de formar uma equipe ali que um ajudasse o outro / Já aqui no [setor], discutiram mais as tarefas comigo: "dá pra você fazer isso, dá pra fazer aquilo" (...) definimos uma

logística, não atrapalhava o setor (...) houve cooperação. (...) Porque foi uma coisa negociada (...) / (...) quando os colegas te aceitam, você fica mais à vontade (...) sua autoestima melhora. (...) essa aceitação de colegas (...) porque vai ser o seu grupo mais próximo do dia a dia. / (...) A rejeição dos colegas, você estar num grupo que não te aceitam, porque você tem uma restrição (...) às vezes você virava piada, né. (...) era motivo de chacota. (...) Eu me sentia excluída (...) eu não tinha nenhum apoio. / E cheguei a ouvir "Não sei por que que você se empenha tanto aqui se só é um quebra galho". (...) / Aí tem colegas que te olham diferente, tem colegas que falam que você tem privilégio. / Tudo que ela fazia era de forma a me dar a entender que ela não me queria lá. (...) / Então essa foi a receptividade da minha colega de trabalho. (...) nunca deu a menor importância às palavras que eu falava, muito menos o laudo (...). (Grupo A, e425).

O cenário da reinserção laboral envolve preconceitos de chefia e colegas de trabalho para com os indivíduos com alguma incapacidade que, de antemão, são rotulados como menos produtivos e tendentes a maior absenteísmo (Sampaio *et al.*, 2005). Nesse ponto é válido ponderar que, de fato, o grau de produtividade de pessoas nessa condição, muitas vezes, é menor e, conforme a sua condição de saúde, poderá vir a se afastar do trabalho com mais probabilidade que os demais colegas. No entanto, os resultados dessa pesquisa indicam que a produtividade do trabalhador pode ser, muitas vezes, subestimada e subjugada pela presença de barreiras no processo de reinserção. Ainda, tais preconceitos, aqui entendidos como uma barreira podem ter relação com a percepção limitada acerca das possibilidades de contribuição de pessoas com alguma incapacidade. Desse modo, chama-se a atenção para o fato de que um desfecho de exclusão, rejeição, improdutividade no processo de reinserção de um trabalhador com restrição está, por vezes, mais ligado à presença de barreiras atitudinais do que propriamente à restrição laboral.

Ainda a esse respeito, a CIF contribui, justamente, com o pressuposto de que a doença não é fator determinante por si mesma da condição de desempenho de uma pessoa (Buchalla, 2003; Sampaio, 2012). Os relatos dos participantes sugerem que a exploração de possibilidades e o manejo de facilitadores e barreiras não parecem ser o elemento preponderante, apresentando assim um indicativo de que o suporte técnico se faz necessário para viabilizar as práticas de reinserção e otimizar seus desfechos positivos.

O grupo B apresentou ocorrência referente a facilitadores em apenas 3 dos 15 itens identificados no conjunto total dos dados coletados, sendo eles: “Produtos e tecnologias para o trabalho” (e135); “Atitudes individuais de conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade” (e425) e “Serviços, sistemas e políticas, outros especificados (IFES)” (e598). Quanto a barreiras, houve identificação de ocorrência em 8 dos 15 itens, com destaque para as “Atitudes individuais de conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade” (e425).

(...) a gente compreendeu (...) tem uma relação muito tranquila com isso (...) não criou... porque eu já vi em alguns lugares, a pessoa volta e todo mundo fica tipo chateado com a pessoa (...) a pessoa não tem culpa de estar doente. Mas isso eu não percebi ninguém tendo esse tipo de atitude (...) as pessoas lá tentaram ajudar (...) / Só que o que ocorreu na verdade é que, primeiramente os colegas acabam virando as costas (...). (Grupo B, e425)

(...) eu acho que o número de recursos humanos (...) ter gente pra colocar no lugar (...) Eu preciso de alguém pra [função] (...) o que que eu faço enquanto chefe? Tudo bem, eu tenho restrição, mas eu tenho uma [atividade a ser cumprida], o que que eu faço? / (...) o conhecimento dos trâmites, acho que pode ser um dificultador (...) a restrição dela está sendo garantida? A pessoa é chamada para ver como é que aconteceu isso? Não sei, talvez seja um dificultador (...). (Grupo B, e598)

Estrutura física é péssima (...) Por isso das restrições assim, o [setor] não tem como [adaptar]. Como que aconteceria isso lá? Não aconteceria. / (...) no caso dele, ele não precisou de nenhum equipamento, nenhuma estrutura física especial. Mas eu imagino que em algumas situações haja necessidade de você fazer até readequação (...). (Grupo B, e135)

O grupo C (Chefias) apresentou ocorrência de facilitadores em apenas 4 do total de 15 itens, sendo “Atitudes individuais de conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade” (e425) o item de maior ocorrência. Quanto às barreiras foram identificadas em 5 dos 15 itens, não tendo sido identificada preponderância de algum item frente aos demais.

Então eles [colegas] não esperavam a demanda (...) pra não gerar a questão de constrangimento, né, ao servidor (...) ele tinha uma restrição de movimento. (...) Então era muito conversado e muito dividido. (...) no setor nunca ficou empacado ou indisposto em função disso. (...) Foi um trabalho cooperativo (...). / (...) ela retornou sem essa capacidade de manter o mesmo padrão de atividade (...) teve um respeito dos colegas de saber que era o momento dela e que não exigiam também dela o mesmo comportamento (...) / (...) a impressão que eu tenho enquanto chefia é que

houve uma mudança no comportamento de alguns colegas em relação a ele, porque passa a não ser tão útil quanto era. (Grupo C, e425)

Considerando o universo de 15 itens de fatores ambientais citados pelos participantes, o grupo A identificou maior número de aspectos facilitadores do que de barreiras, tendo o inverso ocorrido nos grupos B e C. Além disso, o grupo A também apontou maior número de itens tanto na esfera de facilitadores como de barreiras. Tal fato pode se dar em função do maior número de participantes dessa pesquisa compor o grupo A, o que possibilita abarcar uma maior diversidade de vivências, além de sugerir que o indivíduo com a restrição consiga mapear um espectro de variáveis mais denso que os demais envolvidos.

Os exemplos acima de atitudes que configuram barreiras ou facilitadores no processo de reinserção, também foram apontados como fatores que influenciam a reinserção laboral de trabalhadores segurados do INSS, tendo sido destacadas as dificuldades no retorno ao trabalho e no relacionamento com chefias e colegas (Toldrá *et al.*, 2010; Vargas *et al.*, 2018;). A literatura tem mostrado, bem como os três grupos de participantes dessa pesquisa a centralidade do fator ambiental “atitudes” no processo de reinserção. Frente a tal constatação questiona-se: É adequado deixar essas variáveis se darem ao acaso em cada circunstância da reinserção de um trabalhador? Seria indispensável ter equipes de reinserção nas instituições e organizações? Como essas equipes podem intervir sobre esses e outros fatores ambientais? Como identificar e potencializar seus aspectos facilitadores? Como identificar e minimizar as barreiras? Em que momento do processo e com qual metodologia? Os “serviços, sistemas e políticas” institucionais e organizacionais contemplam, legitimam e apresentam diretrizes claras para as ações de reinserção?

Esse último questionamento apresenta nesse cenário a transversalidade do capítulo 5 “Serviços, sistemas e políticas” que foi o segundo capítulo com maior concentração de ocorrências para o conjunto dos entrevistados, sendo o item “Serviços, sistemas e políticas, outros especificados (IFES)” (e598) o de maior peso. Esse capítulo envolve serviços

entendidos como programas e operações estruturados e organizados para satisfazer as necessidades dos indivíduos em várias esferas da sociedade. Podem ter enquadramento público, privado ou voluntário, além de ocorrer desde em um nível local, comunitário, regional, bem como abranger um nível estatal, nacional ou internacional. De modo semelhante podem ser ofertados por uma pessoa, por associações, organizações ou instancias governamentais e, os bens proporcionados podem ser específicos ou gerais. (OMS, 2003). Já os sistemas envolvem os procedimentos de organização, controle e supervisão administrativos dos serviços e são definidos por autoridades legitimadas. Esses são regidos por “políticas” que estabelecem regulamentos, normativas e convenções (OMS, 2003). A seguir estão alguns extratos de falas dos entrevistados dos grupos A e C sobre item “Serviços, sistemas e políticas, outros especificados (IFES)” (e598), sendo que esse conteúdo referente ao grupo B já foi anteriormente exposto:

(...) eu tenho que agradecer a ele [profissional do SST] primeiro pela compreensão e pelo cuidado (...) "eu quero ir pessoalmente nesse lugar que você vai trabalhar, porque eu quero ver se [está adequado] (...). visitou o local (...) conversou com a chefia. (...) "olha, a gente tá lá à sua disposição, qualquer coisa que você precisar" (...). / (...) depois do laudo, aí, com um mês, dois, eu procurei a superintendência, falei que não tinha condições de continuar no [setor] sem estar contribuindo, fazendo nada, como se eu fosse um inútil. Aí ela procurou a minha chefe de setor. A minha chefe de setor procurou a gerente de recursos humanos da unidade e nós fizemos uma reunião; eu, a gerente de recursos humanos, a minha chefe de setor e o subchefe de setor, com laudo, com tudo. Mas também não resolveu (...) eu sei que os profissionais daqui [do setor] fizeram o que puderam, mas eles poderiam ter encaminhado pra me trocar de setor mesmo. A gerência de recursos humanos do meu setor deveria ter mais autonomia. A chefia do setor que eu trabalhava, com os profissionais que eu trabalhava, deveriam ter participação nessa questão, porque sabem da minha competência, sabem o que eu sou capaz de fazer. O que eu acho é que a [IFES] falha muito nisso. (...) / (...) depois que eu fui colocada lá na [setor] eu não tive um acompanhamento, ninguém chegou pra mim, nem do RH, nem do [SST] (...) ninguém me procurou, pelo menos se procurou saber de mim procurou só com a chefia, comigo não - saber se eu me adaptei, se eu não me adaptei, se eu estou tendo que fazer... é... atividades que me atrapalham, entendeu, que atrapalham minha saúde / (...) [perícia médica] (...) eu arrisco dizer que eu nunca fui tão agredida emocionalmente falando (...). (Grupo A, e598)

(...) se tivesse alguém com um setor de RH, da equipe de perícia, alguma coisa que pudesse, né, nos orientar essa parte da saúde, também ajudaria. (...) sentar a equipe, ele e eu (...) e dizer: "ó, não, ele tá liberado pras atividades, né". Eu acho que a

clareza do que a pessoa pode voltar a trabalhar de que forma, né. Eu acho que isso seria importante. / (...) Uma servidora nossa, ela fez uma cirurgia (...) retornou ao trabalho (...) mas ela ainda apresentava uma limitação que era... andava com bengala. (...) foi estabelecido informalmente pra ela... ela não veio solicitar, mas eu tinha conhecimento e achei super justo, ela passou a estacionar o carro dela na vaga de deficiente, porque é uma vaga mais perto, então ela não teria que caminhar. Então isso já devia, poderia ser algo recomendado e não depender de uma boa vontade interna, que foi o que aconteceu. (...) aqui foi harmônico. E uma unidade talvez maior, mais complexo, ou algum gestor que não tenha essa sensibilidade, ou um servidor que não tenha a iniciativa e pedir? (...). / (...) eu não sei como funciona a estrutura do [SST] nesses casos, mas o que eu esperaria é um envolvimento e um acompanhamento maior por parte do serviço de saúde da universidade. (...) É necessário uma orientação, até pra quando essa pessoa retorna (...) se há essa necessidade de algo especial (...) se há ainda alguma limitação no retorno do trabalho. (...) uma orientação do que deve ser adaptado ou feito para uma melhor acolhida (...) uma orientação do serviço de saúde para o retorno do servidor, somaria, sem dúvida. (...). (Grupo C, e598)

O conjunto de falas relacionadas ao capítulo 5 “Serviços, sistemas e políticas” concentrou fatores ligados a política de vagas da IFES, ao suporte técnico e respaldo institucional oferecido aos gestores e servidores, a dificuldades de identificar atividades de trabalho compatíveis com a capacidade laborativa do servidor com laudo restritivo, experiências positivas e negativas ligadas a atuação de profissionais do setor de saúde do trabalhador, de recursos humanos e fragilidades de ações locais e intersetoriais. Esse item refere-se aos elementos de governabilidade da instituição envolvendo programas, projetos, políticas e seu conjunto de diretrizes para ações institucionais.

Um estudo que investigou os principais facilitadores e barreiras na reabilitação profissional de bancários encontrou dois elementos centrais nesse processo: a organização do trabalho e as relações interpessoais (Gravina, Nogueira & Rocha, 2003). Trata-se de dois fatores que congregam os dois conjuntos de itens mais relevantes apontados pelos participantes dessa pesquisa. Manejar facilitadores e barreiras ligadas à organização do trabalho depende diretamente do quanto viabilizar a reinserção dos trabalhadores é legitimado pelas políticas institucionais, dado que requer mudanças que não podem ser submetidas a instabilidade das decisões e atitudes de gestores imediatos, colegas e do próprio servidor com restrição. Nesse ponto se articulam com o fator das relações interpessoais, palco da

configuração de condutas de acolhimento e de cooperação, atuando como facilitadores do processo ou, de modo antagônico, perfazem situações de rejeição e exclusão.

A relação dos profissionais das equipes de reinserção com as chefias e os trabalhadores, o grau de aceitação e de compreensão de chefias e colegas do trabalho referente às restrições laborais, o apoio de familiares são considerados fatores essenciais para o processo de reinserção no trabalho (Sampaio et al., 2005; Watanabe, 2004; Gravina *et al.*, 2003; Toldrá *et al.*, 2010). O presente trabalho evidenciou e exemplificou a partir das vivências e percepções descritas pelos entrevistados como um mesmo fator se manifesta ora facilitador do desempenho do trabalhador, ora como limitante do mesmo, como uma barreira. Elucidou que no processo de reinserção tem-se a coexistência dessas duas faces ligadas às mesmas variáveis e também apresentam uma dinâmica complexa e particular em cada experiência descrita. Desse modo fica clarividente que o sucesso de uma ação de reinserção depende de diretrizes claras e engajamento de todos os envolvidos para potencializar elementos facilitadores e eliminar barreiras. Trata-se de uma equação que envolve os atores mais imediatos da cena da reinserção – servidor com restrições laborais, colegas e chefias – mas também sinaliza o papel essencial de profissionais do campo da saúde, do trabalho e dos recursos humanos como mediadores das relações interpessoais, responsáveis pela garantia de suporte técnico (Vargas *et al.*, 2018) para o processo de tomada de decisão e ajustes na organização do trabalho do servidor e do seu setor, em conformidade com as diretrizes das políticas institucionais.

O suporte técnico abrange também o estudo, a assessoria e treinamento referente a elementos do capítulo 1 “Produtos e Tecnologias” que foram o terceiro ponto mais presente nas falas dos entrevistados. Esse capítulo trata dos produtos, instrumentos, equipamentos ou tecnologias adaptados ou especialmente concebidos para melhorar a funcionalidade de uma pessoa com incapacidade (OMS, 2003).

Assim, introduzir produtos e tecnologias nas especificidades das atividades e processos de trabalho do servidor com restrição laboral requer, via de regra, suporte técnico qualificado. No entanto, muitas vezes, a atuação do profissional capacitado não será suficiente, dado que é necessário que os sistemas e as políticas assegurem a verba eventualmente necessária. Tal interligação dos fatos sinaliza que muitas vezes os facilitadores e as barreiras atuam como cadeias interligando elementos de diferentes capítulos da CIF, evidenciando que o manejo dos fatores ambientais é complexo, desafiador e multifacetado. A seguir estão algumas falas dos entrevistados dos grupos A e C sobre o capítulo 1 “Produtos e Tecnologias”, sendo que esse conteúdo referente ao grupo B já fora anteriormente apresentado:

(...) algumas coisas eu mesma providenciei, por exemplo, o suporte para o punho, tanto do teclado quanto do mouse (...) o restante demorou um pouco (...) foi o tempo de fazer a licitação, ver onde ia comprar (...). A unidade que providenciou. / (...) Foi solicitado (...) a partir daí passou-se a ter cadeiras de rodízio e de altura (...) / essas são as minhas restrições (...) mas na prática isso não funciona tanto. (...) Se eu não vou lá buscar minha folha na impressora... ir na outra sala do lado pra telefonema (...) eu já não tava aguentando de dor até que eu consegui a impressora [no setor], um ramal, um aparelho (...) um arquivo [no setor]. (Grupo A, e135)

(...) a gente ainda tá engatinhando quanto a essa parte... ergonômica (...) equipamentos onde não são adequados, onde a carga pode ser um grande problema. E às vezes a gente tem roldanas, a gente tem equipamentos que podem aliviar, e a gente não dispõe (...) / nesse período ela demandava uma atividade que deveria ser interrompida do ponto de vista da saúde, onde ela tinha que ficar numa posição horizontal. Então foi providenciado inclusive pra sala dela um sofá e que determinado período ela tinha que deitar, porque era um problema na [parte do corpo] (...). (Grupo C, e135)

A realidade da reinserção de trabalhadores segurados do INSS segue normativas próprias e diferentes das que regulamentam tal processo no público-alvo desta pesquisa. No entanto, é válido citar que um dos grandes desafios enfrentados pelos profissionais envolvidos nessas intervenções também envolvem contradições entre a necessidade de inserção e reinserção de pessoas com incapacidade versus as demandas das organizações empregadoras e suas lógicas de produção (Vargas *et al.*, 2018; Toldrá *et al.*, 2010).

Tem sido ainda constatado o quanto, por vezes, os gestores não estão preparados ou até mesmos disponíveis para uma discussão técnica e responsável acerca de temáticas ligadas à relação entre processos de trabalho e o adoecimento de trabalhadores, particularmente, em demandas de se gerenciar o trabalho de suas equipes tendo no seu quadro de pessoal algum trabalhador com restrições laborais (Bianchessi *et al.*, 2014). Assim, deve-se empreender esforços crescentes voltados para a redução de barreiras, quer sejam de ordem diagnóstico-assistencial, quer seja de políticas públicas e das próprias instituições, com destaque para os sistemas que envolvem a gestão de recursos humanos (Vargas *et al.*, 2018; Toldrá *et al.*, 2010) e a conduta das lideranças locais (Bianchessi *et al.*, 2014).

Tabela 50

Facilitadores e as barreiras percebidas nos processos de reinserção analisados

FATORES AMBIENTAIS	Facilitadores (F)			Total (n=19) (F)	Barreiras (B)			Total (n=19) (B)
	Servidor com laudo (n=9)	Colega (n=5)	Chefia (n=5)		Servidor com laudo (n=9)	Colega (n=5)	Chefia (n=5)	
<i>Produtos e tecnologias</i>				6/19				9/19
e135: Produtos e tecnologias para o trabalho	2/9	3/5	1/5	6/19	1/9	2/5	1/5	5/19
e150: Arquitetura, construção, materiais e tecnologias arquitetônicas em prédios para uso público						2/5	2/5	4/19
<i>Ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo homem</i>								1/19
e210 Geografia física					1/9			1/19
<i>Apoio e relacionamentos</i>				4/19				2/19
e310 Família próxima	1/9			1/19				
e325 Conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade	1/9			1/19	1/9			1/19
e330 Pessoas em posição de autoridade	1/9		1/5	2/19			1/5	1/19
<i>Atitudes</i>				26/19				28/19
e410 Atitudes individuais de membros da família imediata	2/9			2/19				
e425 Atitudes individuais de conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade	5/9	3/5	4/5	12/19	8/9	3/5	2/5	13/19
e430 Atitudes individuais de pessoas em posições de autoridade	6/9		2/5	8/19	7/9	3/5	2/5	12/19
e450 Atitudes individuais de profissionais de saúde	1/9			1/19				
e460 Atitudes sociais	1/9			1/19				
e465 Normas, práticas e ideologias sociais	2/9			2/19	3/9			3/19
<i>Serviços, sistemas e políticas</i>				12/19				9/19
e580 Serviços, sistemas e políticas relacionados com a saúde	4/9			4/19	1/9			1/9
e590 Serviços, sistemas e políticas relacionados com o trabalho e o emprego	3/9			3/19				
e598 Serviços, sistemas e políticas, outros especificados (IFES)	3/9	2/5		5/19	5/9	1/5	2/5	8/19

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em consonância com as recomendações da OMS referentes à padronização da linguagem nas práticas, pesquisas e políticas relacionadas a incapacidade este trabalho foi delineado em conformidade com conceitos e pressupostos da CIF. A exploração feita nesse estudo apresenta elementos que podem agregar elementos na tessitura de intervenções e projetos voltados para a reinserção laboral de servidores públicos federais, mas também, em outros contextos de trabalho envolvendo o tema da reinserção de servidores com restrição laboral. Esse estudo apresentou limites metodológicos tangentes à irregular composição dos grupos de entrevistados, além de não ter contado com a participação de juízes para avaliar a alocação dos extratos de fala nos capítulos da CIF.

Os achados sinalizam a complexa teia de fatores ambientais que podem favorecer o desempenho do trabalhador atuando como facilitadores do processo de reinserção ou podem configurar fatores limitantes do mesmo, isto é, barreiras. Conhecer e manejar tais fatores tem se mostrado indispensável nesse cenário. Mostra-se ainda tão complexo e desafiador como indispensável, dado que envolve a qualidade das interações entre todos os atores envolvidos – servidor com laudo restritivo, colegas e chefias; a existência e a capacidade de ação de equipes de reinserção nas instituições empregadoras; as normativas e clareza de diretrizes dos serviços, sistemas e políticas locais, bem como das regulamentações legais específicas.

Nesse contexto, o presente trabalho trouxe como fator ambiental de destaque as atitudes assumidas pelos envolvidos ao longo de todas as etapas do processo de reinserção. Apresenta como questionamento pertinente à exploração em novas pesquisas, debruçar-se sobre como intervenções e ações podem efetivamente potencializa-las como facilitadores e neutraliza-las enquanto barreiras.

3.2 Propostas de intervenção no cenário da reinserção laboral

3.1.4 Estudo 4

Formulário “Análise da Performance no Trabalho”: uma ferramenta complementar de avaliação do desempenho do trabalhador frente as demandas de sua atividade de trabalho.

Sampaio (2012) sinaliza a pertinência do uso da CIF para auxiliar na análise entre a dinâmica das exigências do trabalho e a funcionalidade de quem o realiza, bem como para compor políticas de (re)inserção e práticas de inclusão de pessoas com alguma incapacidade no trabalho. Instrumentos de avaliação, principalmente check-lists no campo da Saúde do Trabalhador (ST) (Araújo & Buchalla, 2013; Araújo, 2014) tem sido produzidos a partir da CIF, mas ainda não há publicações de um material que sistematize diretamente essa conjugação apontada por Sampaio (2012). Nesse sentido – da necessidade da análise entre a dinâmica das exigências do trabalho e a funcionalidade de quem o realiza – o presente artigo produziu uma versão aprimorada do formulário “Análise da Performance no Trabalho” (APT).

No presente estudo a incapacidade é entendida na perspectiva da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e abrange as diversas manifestações de uma doença, como: prejuízos nas funções do corpo, dificuldades no desempenho de atividades cotidianas e desvantagens na interação do indivíduo com a sociedade (OMS, 2003; OMS, 2013). Similarmente, a funcionalidade engloba todas as funções do corpo e a capacidade do indivíduo de realizar atividades relevantes da rotina diária, considerando ainda sua participação na sociedade (Sampaio *et al.*, 2005; OMS, 2003). É importante apresentar os conceitos de capacidade e de desempenho propostos pela CIF. No processo de (re)inserção a exploração dessas duas esferas da função humana faz-se essencial para qualificar as tomadas de decisão referentes às suas atividades e ambiente de trabalho,

bem como oferecer suporte técnico ao trabalhador, chefia e demais envolvidos neste cenário. Capacidade é um termo usado para descrever o que uma pessoa realiza em uma situação em que o efeito do contexto é irrelevante ou está ausente, a exemplo de um contexto padronizado de avaliação, tal como um consultório. O termo desempenho refere-se ao que uma pessoa faz no seu ambiente habitual, descrevendo a interação entre a pessoa e o contexto, o que retrata que o desempenho pode mudar conforme o ambiente ou modificações nele realizadas (OMS, 2003; OMS, 2013).

A Análise da Performance no Trabalho (APT-1)⁴ é um formulário que objetiva explorar aspectos da capacidade e do desempenho do trabalhador frente às exigências da atividade de trabalho composto pelas categorias: aspectos físicos; aspectos cognitivos; aspectos psicossociais; tarefas e demandas gerais; aspectos sensoriais; estrutura, hábitos e atividades de trabalho; segurança no trabalho (Anexo II, p.230). Trata-se de uma ferramenta já em uso por terapeutas ocupacionais atuantes no campo da Saúde do Trabalhador (ST) em empresas de grande porte da região Sudeste do Brasil há pelo menos 10 anos. Não se tem, no entanto, informação sobre seu uso em outras regiões do país e desconhece-se seu autor, não tendo sido localizada nenhuma publicação referente ao formulário nas principais bases de dados nacionais consultadas.

O uso conhecido desse formulário está inserido na prática da Terapia Ocupacional no campo da Saúde do Trabalhador, refletindo a natureza da avaliação e da intervenção do terapeuta ocupacional (TO) que possui como unidade de análise o “indivíduo-em atividade-num-contexto” (Mancini & Coelho, 2008). Segundo as autoras, essa unidade de análise abarca o escopo de toda ação/ocupação humana que estrutura o cotidiano de um indivíduo. Busca-se identificar os chamados fatores limitantes do desempenho ou competência ocupacional de um

⁴ A presente pesquisa tem a intenção de dar os créditos referentes à autoria do formulário. Caso tenham-se informações acerca do(s) autor(es) solicita-se informar a pesquisadora responsável para que se possa fazer referência à autoria e ao histórico da APT, de modo a atualizar o presente texto e as futuras publicações contendo os resultados dessa pesquisa.

indivíduo podendo ser esses circunscritos: (a) ao indivíduo, envolvendo componentes físico, mental, sociocultural etc, que se relacionam diretamente ao desempenho ocupacional, incluindo, por exemplo, amplitude de movimento, concentração, resolução de problemas entre outros; (b) a complexidade da atividade, entendida em seu objetivo, materiais e ferramentas, etapas e sequenciamento, cronologia, modos de realização etc; (c) ao contexto no qual a atividade é realizada, por exemplo, contexto educacional, doméstico, laboral, ambiente de uma clínica ou consultório etc.

A conduta do TO visa, então, adequar a complexidade relativa da atividade (graduação da atividade) de modo a buscar o envolvimento do indivíduo, a superação de dificuldades de desempenho e o consequente desenvolvimento de competências (Mancini & Coelho, 2008). A resolução 459 de 20 de novembro de 2015 elenca, dentre outras atribuições do TO no âmbito da Saúde do Trabalhador:

realizar a avaliação da capacidade para o trabalho orientada pela CIF, considerando os componentes de desempenho ocupacional, os comprometimentos das Atividades de Vida Diária e das Atividades Instrumentais de Vida Diária; identificar, avaliar e observar os fatores ambientais que possam constituir risco à saúde ocupacional do trabalhador, e, a partir do diagnóstico, intervir no ambiente, tornando-o mais seguro e funcional para o desempenho laboral; avaliar e intervir em ações voltadas aos processos de trabalho e gestão do trabalho, adequando o posto de trabalho por meio de prescrições, confecções e treinamento de adaptações e/ou uso de dispositivos de Tecnologia Assistiva; elaborar e emitir parecer, atestado ou laudo judicial pericial, indicando o grau de capacidade e incapacidade temporária ou permanente, progressiva, regressiva ou estável, intermitente ou contínua relacionado ao trabalho e seus efeitos no desempenho laboral, com vistas a apontar as habilidades e potencialidades do indivíduo, promover mudanças ou adaptações nos postos de trabalho e assegurar um retorno ao trabalho gradual e com suporte, de forma segura e sustentável (*Resolução nº459, 2015*).

A terminologia predominante do formulário APT-1 sinaliza sua filiação à CIF (OMS, 2003) e, o caráter de análise do trabalho real na sistematização de um check-list, remete a apropriação de pressupostos da Ergonomia da Atividade (Falzon, 2007; Guérin *et al.*, 2001). No entanto, não se pode fazer afirmações definitivas acerca das bases teórico-metodológicas do formulário.

A partir dessa publicação propõe-se ampliar seu uso na prática do TO como ferramenta avaliativa de caráter complementar, sendo que o uso de checklists, instrumentos e protocolos como integrantes de um processo avaliativo mais amplo, pode colaborar na complexa análise e delineamento de intervenções ligadas ao desempenho laboral de um trabalhador. A APT não é uma escala, teste ou instrumento padronizado. Trata-se de um formulário com finalidade descritiva para uso complementar ao processo de avaliação e intervenção nas situações envolvendo a (re)inserção de trabalhadores com alguma incapacidade no trabalho. Para tanto, a presente pesquisa realizou um estudo de consenso acerca desse formulário. Como se trata de um formulário para fins de registro e caráter complementar, não envolveu análises de confiabilidade (Alexandre, Gallasch, Lima & Rodrigues, 2013). Ressalta-se que por ser a APT uma ferramenta acessória aplicada à clínica, seu universo deve estar circunscrito, preferencialmente, à manutenção do mesmo avaliador durante todo o processo de intervenção.

Este artigo tem o objetivo de propor o uso do formulário “Análise da Performance no Trabalho” como ferramenta complementar ao processo de avaliação do desempenho do trabalhador frente as demandas de sua atividade de trabalho. Para tanto, apresenta-se uma versão aprimorada (APT-2) a partir da contribuição de TOs especialistas no campo da ST.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de consenso entre especialistas tendo sido utilizada a técnica *Delphi* (Almeida, Spínola & Lancman, 2009; Marchon & Mendes Junior, 2015). O método ou técnica *Delphi* permite depreender e analisar, de forma sistemática, opiniões de especialistas com vistas a gerar ao final do processo de análise um produto consensual (Faro, 1997; Almeida *et al.*, 2009; Marchon *et al.*, 2015). Para tal proposição, recorre-se a *experts* na área

temática em questão, sendo que Melo *et al.* (2011) alertam para a importância da definição de critérios adequados para a seleção dos especialistas participantes para assegurar a qualidade do processo de análise e alterações realizadas. Ressalta-se que não há um número predeterminado de juízes ou especialistas para se validar os resultados obtidos, podendo variar segundo o fenômeno em estudo e os critérios para seleção dos especialistas, que devem ter disponibilidade e motivação para participar das distintas etapas do estudo (Spínola, 1984; Almeida *et al.*, 2009).

Para o presente trabalho foi utilizada uma adaptação dos critérios de Fehring (1994) citado por Melo *et al.* (2011) descritos para a seleção de *experts* para pesquisas (Apêndice IV, p.239). O desconhecimento da CIF, dos pressupostos básicos da ergonomia da atividade por parte dos profissionais não foram considerados critérios de exclusão, dado que se o profissional preenchesse o ponto de corte, seja por suas experiências práticas, seja por sua linha teórico-metodológica de trabalho e/ou pesquisa, considerou-se válido o seu parecer acerca de um formulário para uso na prática do TO no campo da Saúde do Trabalhador.

O Método *Delphi* consiste num processo estruturado para coleta e sintetização de conhecimentos de um grupo de profissionais que estejam engajados com a área onde se está desenvolvendo a pesquisa, chamados de especialistas ou *experts* pela formação acadêmica, experiência acumulada e/ou por seus conhecimentos técnicos, a respeito de um determinado fenômeno (Melo *et al.*, 2011; Coutinho *et al.*, 2013; Sousa & Alves, 2015). Os autores apontam características particulares que diferem a técnica *Delphi* de outros processos de decisão em grupo, sendo elas o anonimato, a interação com feedback, as respostas com informações e o conhecimento que o especialista traz ao grupo.

A sequência metodológica proposta pela técnica (Wright & Giovinazzo, 2000; Munaretto, Corrêa & Cunha, 2013) envolve etapas executadas pelos pesquisadores (P) e procedimentos executados pelos especialistas (E), elencadas a seguir, junto à sessão

“resultados”. Para a interação com os participantes foi utilizada a ferramenta de formulários on-line “Google Formulários” e a comunicação de informes referentes à pesquisa se deu por e-mail.

RESULTADOS

Abaixo apresenta-se o detalhamento específico da realização das etapas metodológicas do presente estudo e seus resultados.

1(P) Definição do problema, determinação do conhecimento necessário dos participantes do processo, preparação dos questionários. Essa etapa inicial envolveu as seguintes modificações na APT-1:

- (a) A análise e a modificação da terminologia utilizada na APT-1, de modo a valer-se com mais fidedignidade dos construtos presentes na CIF como forma de padronização da linguagem predominante do formulário.
- (b) A análise e a modificação do qualificador utilizado na APT-1, de modo a valer-se da escala proposta na CIF para nortear o uso de seus qualificadores, como forma de padronização de suas escalas.
- (c) A proposição de uma interação entre os qualificadores para gerar escores numéricos com interpretações complementares ao processo avaliativo global, que de modo secundário a outros elementos do processo avaliativo, auxiliará nos direcionamentos e registros da evolução do caso referentes ao processo de intervenção em ST.
- (d) Elaboração de uma planilha⁵ para o preenchimento do formulário e de um manual para utilização da APT-2, apresentando seu objetivo, vinculação teórica e instruções para sua utilização e preenchimento.

⁵ Os terapeutas ocupacionais interessados em receber a planilha da APT desenvolvida neste trabalho podem solicitá-la à pesquisadora através do e-mail aptcoleta@gmail.com

(e) Elaboração de um questionário estruturado com perguntas abertas e fechadas para garantir uma padronização necessária para posterior análise e consideração das críticas e sugestões realizadas pelos participantes (Apêndice V, p.240).

Os itens da APT-2 foram agrupados em duas grandes categorias: (1) aspectos físicos e (2) aspectos cognitivos e psicossociais. Não se optou por separar a categoria (2) para não configurar uma distinção, por vezes, arbitrária. A escala permite graduar a intensidade das demandas da atividade de trabalho em questão selecionada a partir da análise dos construtos presentes na CIF.

A APT-2 apresenta uma pré-seleção de itens da CIF elencados para nortear a análise realizada no processo de observação da *atividade de trabalho*, de modo a, em linhas gerais, abarcar diferentes atividades profissionais. A seleção contemplou itens referentes aos componentes “funções do corpo” e “atividade e participação”. A APT-2 apresenta um campo para acomodar o acréscimo de outros itens da CIF que o avaliador considerar necessário a partir da análise da demanda em questão. Dessa forma, este formulário apresenta flexibilidade para sua utilização, no que tange aos itens a serem avaliados, de modo a ser uma ferramenta aplicável em diferentes contextos de trabalho e que independente da natureza do adoecimento relacionada às dificuldades de desempenho do trabalhador.

2(P) Seleção dos participantes.

Foi feito contato com os 16 Conselhos Regionais e com o Conselho Federal de Terapia Ocupacional para divulgação da pesquisa e solicitação de informação sobre profissionais inscritos que atuam no campo da Saúde do Trabalhador. As respostas dos conselhos regionais foram: 2 enviaram uma lista com o contato dos TOs que tinham conhecimento sobre a atuação em Saúde do Trabalhador, ressaltando que o cadastro das áreas de atuação de seus profissionais é falho; 3 redirecionaram o convite para participação na pesquisa a todos os TOs

inscritos; 11 não responderam, tendo sido enviado de qualquer forma solicitação para dar ampla divulgação a todos os TOs inscritos. O Conselho Federal informou à época estar em fase de recadastramento e atualização de seu banco de dados referentes aos profissionais não dispondo naquele momento de informações de quantos profissionais atuam nesse campo. Foi também realizada divulgação por e-mail a profissionais atuantes no INSS, nas redes sociais e para todos os contatos da pesquisadora com solicitação de repasse aos demais profissionais da categoria.

O processo de divulgação ocorreu de agosto a setembro de 2017, obtendo-se o retorno de 34 profissionais interessados em participar do estudo. Desses, 26 responderam aos primeiros formulários referentes ao cadastro de interessados e aos critérios de inclusão. Desses, 58% (n=15) trabalham na região Sudeste, 23% no Nordeste (n=6), 12% na região Sul (n=3), 3,5% nas regiões Norte e Centro-Oeste (n=1 cada região). Desses, 84% eram do sexo feminino (n=22) e 16% do sexo masculino (n=4). Metade dos respondentes concluiu a graduação no período entre 10 e 20 anos (n=13); 38% há até 10 anos antes da época do questionário; 12% há mais de 20 anos (n=3). Metade dos respondentes afirmaram não conhecer a APT (n=13); 30% conhecem a APT mas nunca utilizaram em sua prática profissional (n=8); 20% já utilizaram ou utilizam atualmente em seu trabalho (n=5). Desses últimos, 1 profissional o utiliza há mais de 10 anos; os demais de 2 a 4 anos.

Preencheram os critérios de inclusão 17 profissionais, sendo que todos atestaram seu consentimento em participar da pesquisa (Apêndice VI, 245). Em seguida, houve 1 desistência, sendo então o número final de 16 participantes.

3(E) Primeira rodada de distribuição dos questionários e obtenção de respostas

(f) Submissão da versão modificada do formulário (etapas “a” a “d”) à análise crítica por parte dos *experts* selecionados nessa pesquisa.

A etapa metodológica “f”, chamada de “FASE-1”, envolveu o envio dos seguintes materiais para apreciação crítica dos *experts*: (1) a APT-1, versão original; (2) a APT-2, versão modificada e seu manual de utilização; (3) questionário para avaliação da APT-2. A FASE 1 ocorreu de dezembro de 2018 a fevereiro de 2019, sendo que houve 1 desistência e 5 profissionais respondentes na primeira solicitação de respostas ao formulário on-line. O prazo para resposta foi prorrogado por 2 vezes, obtendo-se, ao final um total de 9 respondentes.

4(P) Tabulação e análise das respostas e identificação de pontos consensuais e da necessidade de introdução de novas questões.

A análise das questões objetivas foi realizada por meio de estatística descritiva. Uma concordância mínima de 80% dos especialistas foi o critério adotado para as definições referentes aos itens que compuseram a versão final do formulário e demais alterações propostas na APT-1 (Araújo & Buchalla, 2013; Araújo, 2014).

As sugestões e críticas apresentadas pelos participantes nas questões abertas referentes ao material enviado ao longo de todas etapas da pesquisa foram consideradas pela pesquisadora. A cada nova rodada a versão atualizada da planilha e do manual eram novamente submetidas ao crivo de análise dos participantes e os pontos de modificação evidenciados para solicitar a apreciação dos especialistas, envolvendo a melhora da redação e inserção de conteúdo explicativo adicional ao manual.

5(P) Elaboração de novo questionário e envio.

6(E) Nova rodada de distribuição dos questionários e obtenção de respostas.

7(P) Tabulação e análise das respostas e identificação de pontos consensuais e da necessidade de introdução de novas questões.

As etapas 5, 6 e 7 repetiram-se por 3 vezes até a identificação de uma convergência satisfatória das respostas. Destaca-se que o desafio central consistiu na disponibilidade dos

participantes selecionados para permanência a cada nova etapa e cumprimento dos prazos no decorrer da pesquisa. Essas etapas foram nomeadas como FASES 2 a 4 da pesquisa.

A FASE 2 ocorreu de abril a julho de 2019, contando com 5 respondentes na primeira tentativa. Após 3 prorrogações foi encerrada com uma adesão de 8 participantes. Nela não houve consenso quanto a manutenção de alguns itens e o campo para justificativa era de preenchimento opcional. A FASE 2 teve como principal objetivo reunir argumentação, através de campo de preenchimento obrigatório no formulário referente aos pontos de consenso inferior a 80% identificados na FASE 1 (Tabelas 51 e 52).

A FASE-3 ocorreu de julho a agosto de 2019, contando com 1 prorrogação realizada na tentativa de manter 8 respondentes, o que foi alcançado ao final do prazo estabelecido. Destaca-se que na FASE 3 obteve-se consenso acima de 80% referente à manutenção do item “nível de energia” que havia apresentado consenso inferior a 80% na FASE-2.

A FASE 4 apresentou questões fechadas no formulário referente aos itens com consenso inferior a 80% tendo as alternativas de resposta sido elaboradas considerando os argumentos coletados na FASE-3. A FASE 4 ocorreu nos meses de agosto e setembro com 8 respondentes contando com 1 prorrogação.

Quanto aos itens apresentados na Tabela 51 não houve consenso e decidiu-se por manter os dois itens, dado que atribui-se maior peso à FASE-4 pois é a que reuniu a argumentação dos participantes. Desse modo, entende-se que não houve consenso acima de 80% que subsidiasse a retirada de algum item, definindo-se então pela manutenção dos dois itens.

Tabela 51

Discordância quanto à manutenção dos itens b1646 e d175

	FASE-2 n=8		FASE-3 n=8		FASE-4 n=8	
manter o item b1646 e eliminar o item d175	4	50%	5	62%	2	25%
manter o item d175 e eliminar o b1646	2	25%	1	12,50%	3	37,50%
manter os dois itens	2	25%	2	25%	3	37,50%

Do mesmo modo, não houve consenso de 80% quanto aos itens apresentados na Tabela 52 e decidiu-se por manter os dois itens, dado que em todas as três fases a maioria deliberou pela manutenção dos dois itens. E, além disso, atribuiu-se ainda maior peso à FASE-4 por ter reunido a argumentação dos participantes. Desse modo, entende-se que a manutenção dos dois itens é a alternativa que mais se aproxima do consenso.

Tabela 52

Discordância quanto à manutenção dos itens b1641 e d230

	FASE-2 n=8		FASE-3 n=8		FASE-4 n=8	
manter o b1641 e eliminar o d230.	3	37,50%	2	25%	2	25%
sugiro manter o d230 e eliminar o b1641.	1	12,50%	1	12,50%	2	25%
sugiro manter os dois.	4	50%	5	62%	4	50%

8(P) Compilação final, elaboração de relatório final.

(g) Composição da versão final e modificada da APT: formulário (Apêndice VII, p.247) planilha e manual (Apêndice VIII, p.251).

9(E) Aplicar o formulário modificado: fase piloto.

A fase piloto ocorreu nos meses de novembro de 2018 a janeiro de 2019, envolvendo 3 prorrogações de prazos até seu encerramento. O formulário final APT-2 foi testado por 4 dos 5 especialistas que aceitaram participar da fase piloto, perfazendo um total de aplicação do formulário APT-2 em 9 casos, após assinatura do Termo de Consentimento (Apêndice IX, p.268). Desses, 5 casos eram referentes a trabalhadores com restrições médicas documentadas por laudos e/ou pessoas com deficiência (PDC) e 4 apresentavam alguma incapacidade, no entanto, não caracterizados como PCDs e sem laudo restritivo.

Os terapeutas ocupacionais (TOs) participantes testaram o formulário modificado preenchendo-o a partir de dados secundários (2 TOs, perfazendo 3 casos) e através da aplicação da APT em situações reais de trabalho (2 TOs, perfazendo 6 casos). Na primeira modalidade, foram analisados registros de casos em que os profissionais já atuaram anteriormente no acompanhamento de trabalhadores dentro do escopo de demandas

circunscritas à aplicabilidade da APT conforme descrito no manual. Os profissionais analisaram seus registros do acompanhamento de casos pregressos e, a partir de então, testaram o formulário preenchendo-o conforme dados referentes aos momentos da avaliação inicial, eventuais reavaliações e momento da finalização do acompanhamento. Nessa situação os TOs participantes selecionaram casos nos quais dispunham de informações suficientes para preencher o formulário. Na segunda modalidade de participação, o formulário foi aplicado em casos em atendimento como instrumento extra à metodologia de trabalho dos profissionais para fins exclusivos de colaborar com a pesquisa em andamento.

Em todas as Fases da pesquisa 100% dos especialistas concordaram com os valores de dificuldade de desempenho (D.D) determinados como aceitáveis para cada intensidade de exigências da atividade de trabalho (E.A.T.) e com a proposição do conceito de Margem de Tolerância (MT).

Os participantes da FASE Pitolo afirmaram que o uso do formulário contribui para a atuação do terapeuta ocupacional no campo da Saúde do Trabalhador e que o formulário possui alta aplicabilidade. Destacaram que a APT pode favorecer a empregabilidade e a permanência de pessoas com incapacidades no mercado de trabalho, por de fato, se mostrar ferramenta útil no processo de viabilizar condições de inclusão e favorecer o desempenho e a produtividade do trabalhador.

DISCUSSÃO

O foco central do presente artigo é propor o uso da APT como um formulário baseado no modelo biopsicossocial da OMS e delinear modificações em sua versão original (APT-1) no sentido de descrevê-la a partir das bases teóricas a que seu conteúdo remete e indica vinculação: a CIF e a ergonomia da atividade. Nesse estudo, foram realizadas modificações estruturais no formulário original (APT-1) para melhor aproximá-lo da linguagem e dos pressupostos desses referenciais, produzindo uma versão modificada da APT (APT-2) e

elaborando um manual para sua utilização, de modo a estabelecer, descrever e orientar seu uso na prática da Terapia Ocupacional no campo da Saúde do Trabalhador.

A CIF confere ao formulário o uso de uma linguagem padronizada e seus pressupostos referentes à funcionalidade e incapacidade humana. A Ergonomia da Atividade, como referencial no campo das ciências do trabalho, agrega conceitos e prerrogativas sobre a situação real de trabalho, ponto central de análise da APT. Observar esses aspectos é importante para a coerência do conjunto de ferramentas e procedimentos que cada profissional reunirá para sua atuação. Destaca-se que o julgamento clínico proposto pelo formulário está inserido na prática e rol de atribuições do terapeuta ocupacional no campo da Saúde do Trabalhador.

O processo de avaliação do terapeuta ocupacional no campo da Saúde do Trabalhador envolve: (a) anamnese, coleta de dados sociodemográficos, avaliação de seu histórico de saúde e trabalho, de componentes físicos e/ou psicossociais envolvidos no espectro da funcionalidade/incapacidade do trabalhador, bem como exploração de aspectos de sua autopercepção acerca de suas capacidades/incapacidades para tarefas laborais e cotidianas; (b) avaliação das características organizacionais, gerenciais e operacionais que contextualizam e caracterizam a atividade de trabalho a ser explorada, sendo que o relato do trabalhador, a consulta a dados documentais, entrevistas com chefias e outros trabalhadores podem ser parte do processo.

O uso de testes, protocolos e instrumentos padronizados podem ser selecionados conforme a condição de saúde de cada trabalhador, de modo que dados objetivos sobre funções e estruturas do corpo, atividades e participação podem ser obtidos em consultório. Quando inserido em equipe interdisciplinar a discussão do caso com outros profissionais da saúde pode fornecer informações adicionais à análise da condição de funcionalidade do trabalhador. Considerando o processo avaliativo acima descrito, a APT trará ao terapeuta uma

informação complementar cuja exploração realizada nas etapas da avaliação acima descritas é limitada a fornecer elementos predominantemente ligados à capacidade do trabalhador. A APT envolve a análise do trabalhador com alguma incapacidade em situação real de trabalho, o que localiza essa avaliação predominantemente na análise de aspectos do desempenho. Trata-se assim de processos complementares.

Faz-se necessário um esclarecimento no que concerne ao objeto de análise na APT. A análise do trabalhador em situação real de trabalho está circunscrita a um cenário dinâmico, em que aspectos da incapacidade do trabalhador serão confrontados com as exigências da atividade de trabalho e com as possibilidades de se adaptá-la, considerando ainda sua evolução clínica em andamento ou estável. Essas adaptações podem envolver a alteração da forma como a atividade é realizada, bem como intervenção na organização do trabalho e/ou em fatores ambientais. Destaca-se que nenhum teste padronizado realizado em consultório traz essa informação que é alvo da APT, embora somem dados importantes ao entendimento global da condição de funcionalidade do trabalhador. Assim, reforça-se que o processo avaliativo deve ser o mais completo possível.

Por exemplo, em consultório pode-se definir o grau de amplitude de movimento (ADM) em articulações dos membros superiores de um trabalhador com o uso de um goniômetro⁶. A APT verificará: (a) no decurso da análise do trabalho real, qual o desempenho do trabalhador com aquele determinado grau de ADM, frente ao quanto sua tarefa exige estar preservadas as “funções de mobilidade dos MMSS”, item b710 da CIF; (b) se há necessidade de ajustes para zelar pela saúde e segurança do trabalhador, possibilitando otimizar seu desempenho, levando-se em conta ainda as demandas de produtividade do seu contexto laboral. No entanto, a ausência da medida objetiva da ADM, não inviabiliza – embora

⁶ Amplitude de movimento é o termo utilizado para descrever o grau de amplitude que uma articulação consegue atingir. Goniômetro é um instrumento de medida em forma semicircular ou circular graduada em 180° ou 360°, utilizado para medir ou construir ângulos.

enriqueça – a avaliação da condição de funcionalidade do trabalhador *in loco* em confronto com a atividade.

Seguindo ainda no referido exemplo, pode-se analisar o posicionamento de materiais e/ou ferramentas no local de trabalho e as possibilidades de uso e manuseio por parte do trabalhador que não realiza os movimentos em amplitude máxima. Na hipótese de ele não alcançá-las em função de uma limitação de ADM, pode-se: reposicionar os materiais ou verificar a segurança de acesso aos mesmos com o uso de uma escada; verificar todas as etapas da atividade que envolvam essa demanda, se há outros trabalhadores que também a executam, se há alterações pertinentes na organização do trabalho que favoreçam o desempenho do trabalhador em processo de (re)inserção e que estejam de acordo com as demandas coletivas. Esgotando-se as possibilidades, será necessário orientar o trabalhador, colegas e chefia quanto a restrição em realizar determinada etapa da atividade de trabalho e instrumentalizá-los a refletir como acomodar essa restrição na dinâmica das demandas do coletivo. Reforça-se assim que, nessa situação, a avaliação e a intervenção estão no nível do desempenho⁷, cujas variabilidades do indivíduo, do coletivo e do contexto não são, via de regra, objetiváveis em sua completude. O trabalho do TO envolve a análise do trabalhador em atividade num contexto, sendo o eixo de sua atuação o fazer, a ocupação humana em toda sua complexidade (Associação Americana de Terapia Ocupacional [AOTA], 2015).

Destaca-se que a definição dos qualificadores⁸ na APT não é um processo rígido, sendo que a APT se propõe a ser um norteador das intervenções voltadas para o processo de (re)inserção, sendo uma forma complementar de registrá-lo. Há ainda o qualificador 8 (não especificado), que deve ser o selecionado em situações em que não se obteve elementos

⁷ Segundo a CIF o termo desempenho descreve o que uma pessoa faz no seu ambiente habitual; descreve a interação entre a pessoa e o contexto, de modo que o desempenho pode mudar em diferentes ambientes.

⁸ Segundo a CIF o termo qualificador se refere a códigos numéricos que especificam a extensão ou magnitude da funcionalidade ou da incapacidade naquela categoria, ou em que medida um fator ambiental facilita ou constitui um obstáculo.

suficientes para se definir um qualificador. A APT consiste em uma forma de registro acessória da avaliação de trabalhadores com alguma incapacidade em situação real de trabalho que agrega – não impõe – elementos para a identificação de prioridades de intervenção. A APT propõe a interação dos qualificadores de modo simplificado a partir de sua multiplicação, confrontando assim o grau de exigência de uma atividade de trabalho com o grau de desempenho do trabalhador frente a essa exigência. Sua lógica consiste em rastrear as situações de trabalho cuja exigência das tarefas seja em grau não compatível com as possibilidades de desempenho de um trabalhador.

A APT-1 define limites de aceitabilidade de uma dificuldade de desempenho para cada intensidade de exigência da tarefa. Não se tem informação acerca da definição desses limites, sendo provável tratar-se de uma definição empírica, vinculada ao conhecimento tácito do avaliador. Na APT-2, há uma modificação dos qualificadores em função de sua maior aproximação à CIF, sendo necessária nova definição desses limites. Assim, procurou-se inserir a concepção de “Margem de Tolerância” (MT), sendo que um escore que se encontre no limite dessa margem já é considerado relevante, passível de atenção. A MT busca reduzir efeitos de possíveis arbitrariedades e imprecisões, bem como da definição subjetiva intrínseca ao uso dos qualificadores propostos pela CIF.

Ademais, a APT está inserida em um contexto amplo de avaliação e intervenção, sendo que claramente não se propõe a ser norteador único de condutas do profissional e/ou equipe envolvida. Mas ela suscita, em seu objeto, um raciocínio de suma relevância para os processos de (re)inserção no trabalho, ao confrontar as exigências do trabalho real com as dificuldades de desempenho do trabalhador.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo apresenta a proposta de aprimorar a APT, um formulário já utilizado na assistência em Terapia Ocupacional na Saúde do Trabalhador, cuja possível publicação não foi, até o momento, localizada nas bases de dados convencionais. As principais limitações desse estudo consistem em não se conhecer de fato a origem do formulário e o pequeno número de especialistas participantes.

Não se trata de um instrumento padronizado, sendo seu contexto de aplicação circunscrito à análise do trabalhador com alguma incapacidade em situação real de trabalho, o qual é caracterizado por variáveis dinâmicas e circunstanciais cujo controle para fins de análise de confiabilidade é de viabilidade limitada. No entanto, através de ajustes na estrutura e na proposta de escalas da APT, outros estudos podem se dedicar a transformar a APT em um instrumento padronizado.

3.1.5 Estudo 5

Implantação de ações de Reabilitação Funcional em uma Instituição Federal de Ensino Superior: um relato de experiência

Implementation of Functional Rehabilitation actions in a Federal Higher Education Institution: an experience report

Macedo DCF, Martins-Silva PO, Fantini AJE, Machado CYSB, Lima FO, Lacerda GA, Souza MAP, Toledo PR, Ribeiro SCS.

Resumo:

O objetivo principal deste trabalho é apresentar a implantação de ações de Reabilitação Funcional (RF) em uma Instituição Federal de Ensino Superior da região Sudeste. São descritos o processo de definição teórico-metodológico, a problematização dos princípios versados na legislação vigente, as possibilidades e os limites do contexto institucional. O presente trabalho tem como foco o processo de adoecimento de servidores federais que acarretou mudanças em sua condição de saúde e funcionalidade. Os referenciais norteadores são: Ergonomia da Atividade, Ergologia e Modelo de Funcionalidade e Incapacidade da Organização Mundial de Saúde. A RF se apresenta como um elo entre os cuidados de saúde e as demandas do contexto laboral e envolve, necessariamente, intervenções no contexto de

trabalho. Após a implantação de ações de RF foi observada redução de 37% no percentual médio do número de dias de afastamento do trabalho nos casos piloto, quando comparado seus afastamentos antes e depois da RF. O desafio central das ações de RF é favorecer a relação entre o servidor, sua atividade de trabalho e o contexto laboral. Espera-se que este relato de experiência possa contribuir com a discussão e o aprimoramento de políticas públicas para RF.

Palavras-chave: saúde do trabalhador; setor público; reinserção no trabalho.

Abstract:

The aim of this work is to present the implementation of Functional Rehabilitation (FR) actions in a Federal Higher Education Institution in Brazil's Southeast Region. The process of theoretical-methodological definition, the principles versed in the current legislation problematization and the possibilities and limits of context are described. The paper focuses on federal servers whose illness process resulted in changes in their health and workability. Activity-Centered Ergonomics, Ergology, and International Classification of Functioning, Disability and Health from the World Health Organization were used as references. The FR presents itself as a link between health care and demands from the work context, and involves, necessarily, interventions in the work context. After FR actions were implemented, we observed a 37% decrease in the average percentage of workday leave number in pilot cases, when comparing their absence from work before and after FR. The central challenge of RF actions is to favor the relationship between server, his work activity and work context. It's expected that this experience report can contribute to the consolidation of public policies regarding Functional Rehabilitation.

Keywords: occupational health; public sector; return to work.

INTRODUÇÃO:

Os determinantes do contexto laboral que podem afetar a saúde de servidores públicos vivenciados no exercício de suas funções são de natureza diversa. Dentre eles, podem-se citar situações de precarização do trabalho como privatizações ou terceirizações^{1,2}; condições inadequadas de trabalho^{2,3}; dedicação do servidor a ações e projetos com resultados e futuro incertos, decorrentes da instabilidade orçamentária, mudanças políticas ou de gestão^{3,4,5}; acúmulo ou sobrecarga de funções, entre outras fragilidades da gestão pública^{2,3,4,5}; falta de reconhecimento da função social e importância do servidor público^{2,3} e estereótipo do servidor associado à morosidade e à baixa qualidade dos serviços prestados^{1,2,3}.

A literatura tem mostrado os impactos desses determinantes na saúde de servidores de diversos seguimentos decorrentes da problematização de fatores ligados a processos de sofrimento no trabalho², aos índices de afastamento do trabalho^{6,7}, aos riscos psicossociais⁸ e aos indicadores de qualidade de vida^{9,10,11}.

No que tange à saúde de servidores públicos federais (SPF), destacam-se os esforços para a consolidação de estratégias de promoção, prevenção e acompanhamento da saúde desses trabalhadores com a implantação do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (SIASS) em 2009¹². O SIASS prevê intervenções que abrangem o processo

de adoecimento do servidor, tanto no aspecto individual quanto nas relações coletivas no ambiente de trabalho, cujo objetivo é a manutenção da funcionalidade laboral do servidor ativo ou em processo de retorno ao trabalho¹².

Neste sentido, profissionais do Serviço de Saúde do Trabalhador (SST) de uma Instituição Federal de Ensino Superior (IFES) da região Sudeste iniciaram, em 2016, a implementação de ações de Reabilitação Funcional (RF) na instituição. O Quadro 1, apresenta a legislação vigente sobre as ações de RF voltadas para o SPF. A RF, no presente trabalho, consiste em um processo terapêutico realizado no âmbito laboral dos SPF, voltado para oferecer suporte técnico para o manejo das questões de saúde e da funcionalidade do servidor relacionadas ao contexto de trabalho. Para se referir aos processos de retorno ao trabalho envolvendo limitações físicas e/ou mentais, a literatura^{13,14,15} e a legislação^{16,17} utilizam termos como “reinserção”, “reabilitação”, “readaptação” e “reintegração”, muitas vezes empregados como sinônimos.

Quadro 1: Legislação Reabilitação Funcional – Serviço Público Federal

Manual de Perícia Oficial em Saúde do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal ¹⁶	Processo de duração limitada, com objetivo definido, destinado a recuperar pessoa com incapacidade adquirida para alcançar níveis físicos, mentais e funcionais que possibilitem o seu retorno ao trabalho
Princípios, Diretrizes e Ações em Saúde Mental ¹⁷	Entende-se por reabilitação um conjunto de ações e intervenções que visam melhorar a reestruturação da autonomia da pessoa nas suas dimensões física, mental, social e afetiva, integrando-a nos diferentes espaços da sociedade. A reabilitação tem como objetivo diminuir ou eliminar as limitações sofridas pelo servidor para o exercício de suas atividades laborais e valorizar as capacidades e competências. I - estimular a criação de grupos de readaptação, ressocialização, apoio terapêutico e reinserção nos locais de trabalho, conforme a realidade, como forma de lidar com as demandas de reabilitação; II - prover recursos e estratégias terapêuticas que valorizem as habilidades, competências e talentos dos servidores; III - propiciar a realização de intervenções terapêuticas não medicalizantes para estabilização de quadros clínicos apresentados pelos servidores; IV - orientar e capacitar os servidores para exercerem atividades compatíveis com sua capacidade laborativa e seus interesses; e V - sensibilizar gestores para o acolhimento dos servidores no retorno ao trabalho.

A proposta de RF diferencia-se de programas de promoção à saúde e de qualidade de vida no trabalho^{18,19,20,21} por não predefinir recurso, técnica, frequência ou duração da intervenção. Somente após a análise da demanda e considerando os recursos disponíveis, define-se um plano de trabalho individual para o servidor em RF. Esse processo envolve o acompanhamento do servidor com alguma condição de saúde que altere sua funcionalidade no contexto de trabalho de modo longitudinal, durante um período de tempo finito, até que os recursos disponíveis para a demanda identificada tenham sido explorados e seus resultados avaliados.

No Brasil, as taxas de afastamento do trabalho por motivo de doença de servidores das IFES seguem alarmantes. Dados do Portal da Transparência do Governo Federal apontam que no ano de 2016 foram realizadas cerca de 56 mil perícias médicas entre servidores dessas instituições, gerando um total de 1,6 milhões de dias de afastamento²².

A Licença para Tratamento de Saúde (LTS) e a ocorrência de alterações na funcionalidade do servidor no seu processo de adoecimento, por vezes, acarretam desafios para seu retorno ao trabalho e para a (re)adaptação às antigas ou às novas rotinas laborais^{13,14,15}. Vivian (2015) realizou um estudo qualitativo com servidores readaptados e chefias, evidenciando: a ausência de equipe multidisciplinar institucional; o fato de o próprio trabalhador procurar o posto de trabalho após o laudo de readaptação; o sentimento do servidor de incompetência e culpa; e situações de discriminação²³. Santos (2014) analisou um caso de readaptação e concluiu pela importância dos processos de acolhimento e da configuração de espaços para escuta entre os sujeitos que compartilham aspectos de um mesmo processo de trabalho. Esses resultados indicam a relevância dos processos de RF para que o trabalhador possa ser reinserido de acordo com sua condição de saúde e funcionalidade²⁴.

O cenário da RF no Brasil revela a premência de se efetivar uma mudança de paradigma na compreensão da funcionalidade e incapacidade do servidor, visando fortalecer as políticas públicas voltadas para acolher indivíduos com alguma incapacidade para o trabalho decorrente de questões de saúde²⁵. Paralelo a isso, tal cenário aponta ainda para a importância de se considerar a atuação no ambiente de trabalho, abordando as múltiplas variáveis envolvidas na saúde do trabalhador, de modo a adequar o trabalho a quem o executa^{26,27}, prevenir riscos de acidentes e agravos à saúde, atuando, principalmente, na promoção à saúde.

A proposta do presente trabalho é inovadora à medida que apresenta um relato descritivo de reflexões e vivências de uma equipe de RF na busca por fundamentos e métodos para a consolidação de suas ações, dado que a legislação vigente não é elucidativa. Ressalta-se, no entanto, que o conjunto das teorias, dos métodos e das ações terapêuticas que compõe esse trabalho são amplamente debatidos na literatura, quais sejam, a presença de uma equipe interdisciplinar^{28,29}, a Ergonomia da Atividade^{26,27}, a Ergologia^{30,31,32,33} e o Modelo de Funcionalidade e Incapacidade da Organização Mundial de Saúde^{34,35,36}. Esse artigo se destaca por explorar interseções entre o conhecimento de diferentes categorias profissionais, modelos de saúde e as diversas abordagens em saúde do trabalhador, buscando lapidar diretrizes para as práticas e implantação da RF.

O objetivo principal desse artigo é apresentar a experiência da implantação de ações de RF realizadas pela equipe interdisciplinar do SST da referida IFES. Para isso, descrevem-se: a problematização dos princípios versados na legislação frente às demandas dos servidores; as possibilidades e limites do contexto institucional; a busca por referenciais teóricos e por um modelo de saúde norteadores do trabalho; e os principais desafios e reflexões da equipe que permearam o processo de implantação da RF. Esse trabalho está vinculado a um projeto de pesquisa aprovado em Comitê de Ética.

RELATO DE EXPERIÊNCIA:

A equipe responsável pela implementação da RF definiu como pilares de sua atuação: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade e o interesse pela ação no trabalho em que o protagonismo dos trabalhadores seja contemplado. Em março de 2016, a implantação teve

início com quatro membros e ao final desse ano expandiu para: três psicólogas, duas fisioterapeutas, uma terapeuta ocupacional e um psiquiatra. Todos desenvolviam outras atribuições no SST, sendo a carga horária dedicada à RF restrita.

O projeto tem como objetivos: (a) incentivar o desenvolvimento de ações interdisciplinares e intersetoriais em promoção à saúde pautadas no protagonismo do trabalhador nos processos de análise, reflexão e transformação dos contextos de trabalho na universidade; (b) desenvolver ações de prevenção de agravos para servidores em processo de adoecimento e fragilidades na saúde já adquiridos; (c) estabelecer aproximações com o trabalhador e com o trabalho como prerrogativa para a intervenção; (d) favorecer a comunicação e a articulação de ações em saúde do trabalhador.

Em busca de diretrizes para a RF: preocupações epistemológicas, conceituais e teóricas

A equipe debateu sobre o escopo da ação de RF, especificamente acerca da natureza de seu aspecto clínico. Considerando a atuação de profissionais na rede de saúde pública e suplementar (RSS), tem-se refletido qual atribuição da equipe complementar as ações da RSS. Qual é o papel do profissional de saúde do trabalhador dentro da instituição, especificamente na RF? Como estruturar o trabalho da equipe para complementar as ações de outros profissionais da RSS envolvidos no cuidado à saúde do servidor? Como sedimentar a RF, como uma estratégia de Saúde do Trabalhador, com a mobilização e a atuação em rede junto a outros setores da própria instituição e aos profissionais da RSS?

Considerou-se necessária a definição da expressão RF, ancorada na legislação vigente, apesar de seu conteúdo genérico. O uso isolado dos termos “reinserção”, “reabilitação”, “readaptação” e “reintegração” gera equívocos acerca da questão. Assim, a equipe deliberou pela importância de se apropriar da terminologia e de colaborar com a literatura do campo, elaborando considerações epistemológicas que corroborem a especificidade das ações de RF.

Constatou-se a existência, dentro da própria equipe e no diálogo com outros atores institucionais, de múltiplas conotações de RF, tendo sido debatida a necessidade de se delinear uma diretriz para significar as práticas de RF. Observou-se, por exemplo, o entendimento da terminologia “reabilitação” como referente a técnicas aplicadas por diferentes especialidades para a recuperação do indivíduo após alguma lesão ou processo de adoecimento. O termo “funcional” é ainda vinculado ao contexto de práticas clínicas assistenciais na RSS.

O desenvolvimento das ações da equipe ocorre na interface entre as abordagens clínicas das disciplinas que compõem a equipe. Os profissionais assumem o desafio cotidiano de estabelecer ações cujas bases e diretrizes sejam congruentes em meio à diversidade de técnicas e de recursos terapêuticos disponíveis, visando consolidar fundamentos transversais às práticas de RF.

Discutiu-se a importância de conectar as práticas da equipe a um modelo de saúde que apresente consonância com a proposta da RF, bem como a necessidade de alinhar a RF a princípios e pressupostos do campo da Saúde do Trabalhador. Reflexões foram iniciadas no intuito de diferenciar a RF de procedimentos assistenciais realizados em contextos clínicos ambulatoriais ou hospitalares. Isto é, não se trata de ações típicas de assistência realizadas em estabelecimentos de saúde, já que é preciso considerar aspectos da atividade de trabalho.

Assim, chegou-se ao entendimento de que a RF: consiste em um processo terapêutico realizado no âmbito laboral dos servidores, cujas ações oferecem suporte técnico no manejo das questões de saúde e da funcionalidade do servidor relacionadas ao contexto de trabalho; e atua na interseção do processo saúde-doença com os fatores ligados à atividade de trabalho. Para tanto, recorreu-se: a abordagens teórico-metodológicas no campo da Saúde do Trabalhador que congregam como premissa básica o interesse pela ação no trabalho²⁸, sendo a Ergonomia da Atividade (EA) e a Ergologia os referenciais explorados num primeiro momento; e ao Modelo de Funcionalidade e Incapacidade da OMS^{35,36}, que propõe a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)^{34,35}.

Destaca-se que a atuação da equipe frente à referida interseção de saberes requisitada pela RF consiste em um processo dinâmico cuja construção se dá e se renova no cotidiano do trabalho. Tal processo não está limitado apenas ao apresentado nesse artigo, tendo-se selecionado as principais reflexões, ações e decisões impelidas pela prática e pelos desafios vivenciados na estruturação do projeto.

O primeiro contato com o campo: problematizando a demanda de RF e seus contextos

A equipe teve contato com queixas de trabalhadores e suas chefias, tendo iniciado sua atuação de modo exploratório, identificando a existência de demandas circunscritas ao que a legislação define como “RF”. Buscou-se delinear especificamente quais as demandas para RF, considerando: as normativas sobre a RF; a análise de queixas relacionadas ao trabalho de servidores no decurso de processos de adoecimento atendidas no SST (muitas vezes ligadas a situações de conflito no ambiente laboral); e a existência de casos em situação crônica ou com baixa resolutividade apesar dos esforços dos dispositivos institucionais acionados.

Constatou-se que os processos de adoecimento que acarretaram mudanças na condição de saúde e na funcionalidade de trabalhadores são situações potenciais para a atuação da RF, identificadas em circunstâncias como: avaliação da Perícia Oficial em Saúde (POS), em que o trabalhador pode ser considerado capaz para o trabalho, embora com restrições laborais (temporárias ou permanentes); atendimento a trabalhadores que buscam o serviço de assistência no SST e sinalizam a existência de problemas no trabalho em função de sua condição de saúde e funcionalidade; e trabalhadores que procuram o setor de RH com queixas de dificuldades no trabalho que apresentam interface com questões de saúde.

Via de regra, essas situações de queixas relacionadas ao trabalho geram intervenção de diversos atores institucionais, envolvendo tomadas de decisões complexas, principalmente, no momento do retorno ao trabalho após LTS, tais como decidir se: o trabalhador será direcionado para o setor de origem ou para outro setor; o retorno ocorrerá para as mesmas ou novas atividades de trabalho; será necessária a realização de adaptações que favoreçam a segurança e o desempenho do servidor, valorizando suas competências e capacidades remanescentes. Frequentemente, observa-se que tais decisões e intervenções são problemáticas e desafiadoras para a instituição.

A equipe iniciou sua abordagem em alguns casos cujas intervenções anteriores não envolveram a perspectiva da RF e constatou, pelo histórico de adoecimento do servidor, que houve crescimento do número de queixas, do agravamento das questões de saúde e/ou a ocorrência de conflitos interpessoais no ambiente de trabalho. Essas situações sinalizam a

premência de que as diversas instâncias que atuam junto ao servidor estabeleçam ações parceiras, complementares e resolutivas.

No contexto observado, é importante destacar pontos críticos que desafiam as práticas de RF: (a) geralmente, as restrições laborais referem-se a movimentos corporais, procedimentos e atividades de trabalho que o trabalhador deve evitar desempenhar, e o cumprimento dessas restrições pode não ser alcançado na definição do que, de fato, o trabalhador executará no rol das atribuições de seu cargo; (b) percebe-se a ocorrência frequente de condutas culpabilizantes e preconceituosas, bem como a desvalorização do trabalhador em seu setor e sua desmotivação diante dos limites na execução modificada das atividades laborais e situações de sobrecarga de outros colegas de trabalho; (c) o trabalhador adoecido, por vezes, não se reconhece ou não se sente reconhecido em seu grupo de trabalho dando lugar ao sentimento de não pertencimento e de invisibilidade³⁷. Ademais, a depender da atividade fim e dos riscos presentes para o trabalhador ou para terceiros, é ainda mais imprescindível que a RF viabilize um planejamento seguro da execução das atividades e contemple o ajustamento global das atividades de trabalho do setor.

Definição dos procedimentos de RF ao longo do primeiro ano de implantação

As ações de RF foram oferecidas em nove casos piloto, direcionados para a equipe antes mesmo que essa pudesse definir critérios de encaminhamento pautados em indicadores epidemiológicos ou estatísticas de adoecimento e afastamento dos trabalhadores da IFES. Assim, inicialmente, os casos acolhidos para a RF foram encaminhados pela POS do SST e pelo setor de RH da IFES, sendo que se identificou somente *a posteriori*, que o encaminhamento fora pautado na complexidade clínica e necessidade de manejo das questões de saúde e da funcionalidade do trabalhador relacionadas ao contexto de trabalho.

Esses casos foram distribuídos entre os membros da equipe, para que um profissional atuasse como a principal referência técnica da RF. Para elucidar a demanda em cada caso foram realizadas: entrevista individual com o trabalhador; análise de prontuário médico e documentos; e visitas ao ambiente de trabalho para observação do servidor em atividade e das características do trabalho prescrito e real, com foco no desempenho do servidor frente às suas atribuições. A partir de então, para cada caso, foi elaborado um Plano de Trabalho em RF, contendo o planejamento das ações nos primeiros 90 dias de acompanhamento, previamente discutido e aprovado em reunião de equipe e, posteriormente, validado com o servidor. Esse plano foi ajustado no decurso do acompanhamento do servidor, considerando a ocorrência de novos fatos ou informações relevantes, sendo a duração total do acompanhamento de cada servidor variável.

No quadro 2, encontra-se a estruturação metodológica elaborada no primeiro ano de atuação da equipe. Ressalta-se que a construção e a consolidação dessa proposta tem se dado paralelamente ao acolhimento de novos casos e ao delineamento das intervenções.

Quadro 2: Critérios, objetivos e procedimentos da Reabilitação Funcional

Critérios de encaminhamento (C)	C1*	O quadro de saúde do servidor interfere de forma significativa no seu desempenho laboral ou o processo de adoecimento do servidor está relacionado ao contexto de trabalho;
---------------------------------	-----	---

	C2	Necessidade de intervenção no ambiente/contexto de trabalho com foco na saúde do trabalhador;
	C3	Necessidade de preparação para o retorno ao trabalho após Licença para Tratamento de Saúde.
Objetivos (O)	O1	Dar suporte no manejo das questões de saúde e da funcionalidade do trabalhador relacionadas ao contexto de trabalho;
	O2	Viabilizar <i>in loco</i> o cumprimento de restrições da atividade laboral, quando houver;
	O3	Oferecer suporte técnico e sensibilizar colegas e gestores para o acolhimento dos servidores em processo de reabilitação;
	O4	Fomentar nos servidores (servidor/chefia/colegas) o desenvolvimento de alternativas para lidar com conflitos e com as variabilidades do trabalho;
	O5	Abordar aspectos motivacionais relacionados ao trabalho e valorizar as capacidades e competências;
	O6	Auxiliar no desenvolvimento de habilidades que favoreçam o relacionamento interpessoal no trabalho;
	O7	Favorecer o autocuidado e autonomia no processo saúde-doença (orientações e educação em saúde).
Estratégias de intervenção** (I)	I-1	Análise da atividade de trabalho;
	I-2	Acompanhamento do servidor <i>in loco</i> ;
	I-3	Prescrição/confecção de equipamentos/adaptações na atividade de trabalho;
	I-4	Intervenções individuais e grupais (trabalhador, chefia, colegas);
	I-5	Mediação em saúde do trabalhador, no sentido de facilitar a interação e o diálogo entre o trabalhador e demais interlocutores: colegas, gestores, membros do SST e RH, entre outros;
	I-6	Encaminhamentos para outros serviços internos e externos.
Atribuições dos técnicos de referência em RF		Avaliar o servidor e o contexto de trabalho;
		Definir o plano de trabalho a partir da discussão junto à equipe;
		Envolver os atores que forem necessários nesse processo;
		Incentivar que os trabalhadores envolvidos busquem ações direcionadas ao seu autocuidado;
		Realizar orientações gerais de promoção à saúde e prevenção de agravos, contextualizadas ao histórico clínico do servidor;
		Sensibilizar e monitorar sua apropriação aos tratamentos que lhe foram indicados;
		Realizar atividades correlatas às descritas com o objetivo de conduzir adequadamente as ações de Reabilitação Funcional.
Atribuições dos técnicos de referência em RF específicas para casos de servidores com laudos		Favorecer o cumprimento do laudo, bem como documentar no prontuário o andamento desse processo;
		Comunicar à perícia médica, para que as restrições laborais possam ser reavaliadas no sentido de definir-se por sua manutenção,

restritivos ¹⁶	descontinuidade ou necessidade de alteração, na ocasião do surgimento de novos e significativos elementos vinculados à condição de saúde do servidor ou às suas atividades laborais.
---------------------------	--

* Os códigos apresentados nesta tabela serão utilizados no texto do artigo e na tabela 3.

** Quando pertinente são realizadas em interlocução com outros atores institucionais, por exemplo, membros do setor de recursos humanos.

A seguir são apresentados os dados referentes às intervenções realizadas em oito dos nove casos piloto. O nono servidor foi acompanhado no período de LTS, mas se aposentou por invalidez. Em função do número restrito de casos piloto não foram elencados dados como diagnóstico, tempo de afastamento, idade, sexo, cargo e setor, para preservação da identidade dos envolvidos.

Inicialmente, é válido ilustrar as dinâmicas das ações de RF através da descrição detalhada de um dos casos piloto (servidor 1), que possui laudo restritivo em função de adoecimento de natureza osteomuscular e cujo encaminhamento enquadra-se nos critérios C1 e C2. O processo de RF foi realizado no período de 90 dias, conduzido por dois técnicos de referência, sendo o caso discutido regularmente com toda a equipe. Foram feitas 10 visitas ao posto de trabalho, totalizando 12,4 horas de avaliações e intervenções *in loco* em que foi realizado: observação da atividade de trabalho (I-1; I-2), realização de treinamento (I-2; I-4) para estimular as habilidades laborais, as capacidades remanescentes do servidor e o desempenho do servidor respeitando-se as restrições laborais (O1; O2; O5). Ele foi também orientado acerca de seu processo saúde-doença, de práticas de autocuidado, prevenção de agravos e manejo de suas limitações funcionais (O1; O7). Foi estabelecida uma comunicação regular e acolhedora entre a equipe, o servidor, seu colega de trabalho, chefia e demais envolvidos (O7; I-4; I-5) para: apresentar a metodologia do acompanhamento e seu objetivo; orientar a chefia imediata e o servidor acerca de suas responsabilidades durante o período de RF (O1; O3); discutir sobre as atividades compatíveis com a capacidade laborativa do servidor e a forma de cumprimento das restrições laborais (O2). Assim, após o término da licença médica, as atividades de trabalho foram definidas junto ao servidor, chefia e colega de setor. Essas foram gradualmente desempenhadas pelo servidor, respeitando as restrições laborais, por meio do treino de habilidades, adaptações em ferramentas de trabalho e orientações ergonômicas. Algumas tarefas passaram a ser executadas de maneira modificada, envolvendo a realização de pausas, tempo maior de execução e a troca de dominância para manuseio de algumas ferramentas (I-2; I-3; I-4). Os contatos com a chefia e com outros setores que se fizeram necessários foram realizados, sempre que possível, com o suporte do setor de Recursos Humanos (I-5). No decurso da RF, foi constatada melhora progressiva do desempenho do servidor frente à dinâmica e demandas do seu local de trabalho, sendo sua adaptação ao trabalho considerada satisfatória pelos envolvidos ao final do acompanhamento. O caso foi monitorado por seis meses, no intuito de acompanhar longitudinalmente a adaptação do servidor ao trabalho que decorreu sem intercorrências. Por meio de relatos verbais o servidor e a chefia avaliaram positivamente o trabalho feito pela equipe e consideraram que o acompanhamento favoreceu uma reinserção segura e produtiva do servidor.

Nas tabelas 1 e 2, encontram-se, respectivamente, a distribuição dos procedimentos de intervenção e dos tipos de atendimentos realizados por especialidade. A tabela 3 apresenta informações sobre as intervenções realizadas nos casos piloto e o número de dias de afastamento por LTS desses servidores um ano antes e um ano após à RF.

Tabela 1 - Distribuição dos procedimentos de intervenção

Procedimentos	n	%
Intervenção individual	29	28,4
Contato telefônico	24	23,5
Visita ao ambiente de trabalho e outros procedimentos para análise da atividade de trabalho	21	20,6
Reunião externa (para fins de intervenção)	14	13,7
Intervenção com chefia	7	6,9
Mediação em saúde do trabalhador	7	6,9
Total	102	100

Tabela 2 - Distribuição dos atendimentos por especialidade

Número de atendimentos	n	%
Psicologia	33	32,4
Terapia Ocupacional	30	29,4
Interdisciplinar*	23	22,5
Fisioterapia	16	15,7
Total	102	100

n=número de procedimentos; % = percentual; *Atendimento realizado por 2 ou mais profissionais da equipe

Tabela 3: Dados do primeiro ano das ações de RF

Servidor	Predominância das demandas de saúde	Objetivos (O)	Estratégias de Intervenção (I)	Tempo de avaliações e intervenções (I) <i>in loco</i>	Duração das Intervenções ^c casos piloto	Dias de LTS 1 ano antes da RF	Dias de LTS 1 ano após a RF	% de redução ^e
1 ^a	aspectos físicos	O1 a O3; O7	I1 a I5	12,4 horas	3 meses	334	0	91%
2 ^b	saúde mental	O1; O3 a O7	I4; I5	8 horas	7 meses ^d	220	7	58%
3	aspectos físicos	O1 a O3; O7	I1 a I6	4,4 horas	6 meses	202	11	87%
4	saúde mental	O1 a O7	I1; I2; I4; I5	2,4 horas	4 meses	141	0	39%
5	aspectos físicos	O1 a O3; O7	I1 a I6	6 horas	5 meses	62	0	17%
6	aspectos físicos	O1 a O7	I1 a I6	15 horas	12 meses ^d	61	8	14%
7	saúde mental	O1 a O7	I1; I2; I4; I5	2 horas	5 meses ^d	1	0	0%
8	aspectos físicos	O1 a O3; O5 a O7	I1 a I6	5 horas	5 meses ^d	0	29	-8%

Média do % de redução do número de dias de afastamento por LTS 1 ano após encaminhamento dos servidores para RF 37,25%

Notas: ^aeste caso está descrito no texto; ^búnico servidor que não possui laudo restritivo; ^capós este período os servidores foram monitorados por mais 6 meses; ^dcasos não finalizados no ano de implantação da RF; ^e(número de dias de LTS 1 ano antes da RF – número de dias de LTS 1 ano após a RF)/365.

Pode-se observar que os servidores 1, 4 e 5 não se afastaram no ano subsequente ao trabalho de RF; os servidores 2, 6 e 11 afastaram-se por período inferior a 12 dias; sendo contabilizado 37% de redução do percentual médio do número de dias de afastamento do trabalho nos casos piloto, quando comparado seus afastamentos antes e depois da RF. Destaca-se que esse resultado pode estar relacionado a fatores diversos como adesão ao tratamento na RSS, melhora clínica, fatores pessoais do servidor e fatores ambientais do local de trabalho. É válido citar que o percentual de redução do número de dias de afastamento não se mostrou uma medida eficaz para analisar a evolução do servidor 7, cujas dificuldades para a reinserção não geraram afastamento do trabalho em nenhum momento. Ainda, esse indicador mostrou uma evolução negativa do servidor 8 que esteve associada a episódios de piora de sua condição de saúde. Esses dois casos indicam a pertinência de se agregar outros indicadores de resultado para acompanhamento das ações de RF.

A experiência da equipe permitiu identificar que o papel do técnico de referência da RF é atuar como facilitador do processo, buscando articulação e colaboração de todos os envolvidos. Frente à complexidade das variáveis que compõem uma situação real de trabalho, a equipe de RF oferece suporte técnico em saúde do trabalhador, não tendo governabilidade acerca da efetivação das proposições sugeridas durante a RF. O caráter das intervenções é eminentemente educativo, não se valendo de condutas impositivas ou punitivas. Entende-se que o determinante principal dos desfechos das ações de RF é o protagonismo dos envolvidos na situação real de trabalho.

RF: a interseção de saberes e práticas

Aqui, retoma-se o desafio central da equipe de RF de atuar na interseção do processo saúde-doença com os fatores ligados à atividade de trabalho do servidor. Nesse cenário, desfechos bem sucedidos podem abranger, por exemplo, situações em que: as restrições médicas sejam cumpridas; há relacionamento respeitoso entre o trabalhador e seus colegas de setor; há comunicação regular e acolhedora entre os trabalhadores que compõem a situação de trabalho e a equipe de RF; há divisão de tarefas considerada adequada por todos os envolvidos; os trabalhadores validem coletivamente as mudanças necessárias para acolher as fragilidades de saúde de um colega.

Para buscar tais desfechos é necessário o exercício constante de análise e articulação dos elementos que compõe essa complexa interseção das esferas da saúde e do trabalho. Na experiência relatada, a articulação dos pressupostos da EA, da Ergologia, à luz da CIF se mostrou profícua na condução das intervenções.

As intervenções de RF relatadas, nesse artigo, incluíram a compreensão dos processos de trabalho, de modo a considerar o trabalho e o trabalhador em atividade como elementos indispensáveis à análise. A análise da atividade é primordial para balizar definições que envolvem a saúde do servidor, sua atividade de trabalho e o contexto institucional. Nesse ponto, os referenciais da EA e da Ergologia são pertinentes para compor as etapas do processo de RF que requerem a análise da atividade de trabalho do servidor.

A EA traz contribuições relevantes ao processo da RF ao abordar as dimensões prescrita e real do trabalho e propor uma metodologia que visa compreender o trabalho para transformá-lo em prol da saúde dos trabalhadores, dentro dos limites considerados aceitáveis^{26,27,38}. Ela congrega, dentre outros elementos, a análise e a reconfiguração da demanda, perpassando por

etapas que envolvem a elaboração de hipóteses no decurso de observações sistemáticas das atividades e seus processos técnicos e reguladores, do ambiente de trabalho, das variabilidades envolvidas e do contexto institucional^{26,27,39}. Sua metodologia está voltada para a definição de um diagnóstico local e global, que subsidia os processos de transformação.

Tais pressupostos orientaram a aproximação da equipe de RF da atividade de trabalho e do ambiente laboral dos servidores. A RF exige que sejam conjugadas variáveis de saúde, de segurança e de produtividade, pilares contemplados pela EA. As ferramentas da EA qualificam o estudo das nuances de cada situação de trabalho, permitindo reunir elementos substanciais, concretos e tangíveis com os quais pode-se estabelecer relações entre a condição de saúde e a funcionalidade do servidor, bem como apropriar-se desse conhecimento da atividade e ambiente de trabalho para explorar possibilidades de transformação a partir do manejo de fatores ambientais. Nesse ponto, denota-se a pertinência da articulação com os pressupostos da CIF, que considera a funcionalidade e a incapacidade como resultado da interação entre as condições de saúde da pessoa e os fatores pessoais e ambientais.

Na perspectiva da CIF os fatores ambientais referem-se ao ambiente físico, social e de atitudes nos quais as pessoas vivem e conduzem sua vida, podendo atuar como barreiras ou facilitadores para a funcionalidade³⁶. O processo da RF dedica-se ao estudo de fatores ambientais nos locais de trabalho, com o intuito de minimizar ou eliminar o impacto das barreiras e potencializar o efeito dos facilitadores na funcionalidade do servidor. Essa forma de atuar, por meio dos pressupostos da CIF, direcionou o processo de RF privilegiando a análise das capacidades e potencialidades do trabalhador, isto é, a equipe não se restringiu a considerar apenas elementos de restrições de saúde.

A articulação dos saberes das diferentes especialidades que compõe a equipe de RF, para responder às demandas de cada trabalhador e realidade de trabalho, denotou um claro exercício ergológico na tessitura de diretrizes para as práticas da RF. Isso porque a Ergologia pode ser entendida como uma filosofia em constante construção que busca abarcar o maior número possível de áreas do conhecimento para compreender o trabalho humano numa perspectiva transdisciplinar^{30,31}.

Os principais elementos que impactaram transversalmente as ações de RF, e que denotam a pertinência da equipe assumir uma postura ergológica, são: (a) o debate de normas^{30,31,32,33,40}, tais como as prerrogativas da atividade em si, da instituição empregadora e os parâmetros do próprio trabalhador; (b) a mobilização de valores dos atores envolvidos^{30,31,32,33,40}, tais como seus conceitos e preconceitos balizadores de condutas no trabalho que configuram processos de comunicação horizontais ou verticais, ações de cooperação ou competitividade, posturas de acolhimento e de exclusão; valores que permeiam as díades capacidade e incapacidade, produtividade ideal e real do trabalhador, e (c) o encontro de saberes dos diversos atores envolvidos^{30,31,32,33,40}, incluindo trabalhador, gestores, colegas de trabalho, profissionais de RH e da equipe do SST. A postura ergológica no processo da RF favorece sua horizontalidade, de modo a legitimar e mobilizar debates considerando os valores e os múltiplos saberes que compõem o cenário das mediações e construções intrínsecas ao processo de RF.

Desse modo, é preciso contemplar todas as esferas do contexto de trabalho para não gerar práticas de individualização ou potenciais conflitos com os demais atores da situação de trabalho que configura o cenário das demandas de RF. A equipe segue com o propósito de avançar na consolidação das ações de RF na referida IFES, dando continuidade a esse

processo de construção laborioso, crítico e reflexivo, envolvendo esferas internas e externas ao SST. Assegura-se, assim, o constante aprimoramento da RF e o compromisso com a melhoria contínua dos serviços prestados ao servidor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A partir da experiência relatada neste trabalho, constata-se que os processos de adoecimento que acarretam mudanças na condição de saúde e funcionalidade de trabalhadores podem perfazer uma demanda para ações de RF. Equipes de RF colaboram na definição de quais atividades de trabalho são ou não indicadas ao trabalhador, respeitando sua condição de saúde e funcionalidade, os riscos do ambiente e/ou atividade e as demandas de produtividade do setor.

Ademais, entende-se que oferecer abordagens de natureza assistencial tipicamente utilizadas em serviços de saúde não configuram ações de RF. A RF está circunscrita à atuação de profissional ou equipe de saúde do trabalhador de uma instituição e complementa os tratamentos ou terapêuticas que o servidor recorre na rede de saúde pública e/ou suplementar. A RF atua como um elo entre os cuidados de saúde e as demandas do contexto laboral e envolve, necessariamente, intervenções no contexto de trabalho.

Para uma RF pautada em princípios mais bem definidos, levando-se em conta que o texto da legislação vigente é sucinto e só apresenta princípios gerais, seria importante a elaboração de diretrizes políticas, refletidas na legislação, que melhor definam o escopo conceitual e epistemológico da RF, assim como apresentem possibilidades teórico-metodológicas para viabilizar a implantação de serviços de RF nas IFES. Espera-se que este relato de experiência possa contribuir no direcionamento e definição de uma matriz estrutural norteadora que permita a construção e consolidação de políticas de RF nas IFES.

Por fim, para a presente proposta, bem como para outras no campo da Saúde e Segurança no trabalho, enfatiza-se que os limitados reconhecimento e compreensão do impacto que as dimensões organizacionais, as condições e a organização do trabalho possuem nos processos de adoecimento e de afastamento dos trabalhadores comprometem a eficiência de estratégias de prevenção, promoção e recuperação da saúde.

REFERÊNCIAS

1. Nunes AVL, Lins SLB. Servidores públicos federais: uma análise do prazer e sofrimento no trabalho. *Rev Psicol Organ Trab.* 2009;9(1):51-67.
2. Traesel ES, Merlo ARC. "Somos sobreviventes": vivências de servidores públicos de uma instituição de seguridade social diante dos novos modos de gestão e a precarização do trabalho na reforma gerencial do serviço público. *Cad psicol soc trab.* 2014;17(2):224-238.
3. Ribeiro CVS, Mancebo D. O servidor público no mundo do trabalho do século XXI. *Psicol cienc prof.* 2013;33(1): 192-207.

4. Marques AL. Gerentes em organizações públicas: características do trabalho e contexto profissional. *Gerais Rev Interinst Psicol.* 2011;4(1):93-103.
5. Mattos CBM, Schlindwein VLDC. "Excelência e Produtividade": Novos imperativos de gestão no serviço público. *Psicol Soc.* 2015;27(2):322-331.
6. Schlindwein VLDC, Moraes PR. Prevalência de transtornos mentais e comportamentais nas instituições públicas federais de Rondônia. *Cad psicol soc trab.* 2014;17(1):117-127.
7. Oliveira LA, Baldaçara LR, Maia MZB. Afastamentos por transtornos mentais entre servidores públicos federais no Tocantins. *Rev bras saúde ocup.* 2015;40(132):156-169.
8. Serafim AC, Campos ICM, Cruz RM, Rabuske MM. Riscos psicossociais e incapacidade do servidor público: um estudo de caso. *Psicol cienc prof.* 2012;32(3):686-705.
9. Stradiotti JMM, Freire HBG, Souza JC, Rezende CL. Qualidade de vida e saúde geral dos Servidores Penitenciários do Estado de Mato Grosso do Sul. *Psicol inf.* 2014;18(18):47-70.
10. Vilas Boas AA, Morin EM. Qualidade de Vida no Trabalho: Um Modelo Sistêmico de Análise. *Revista Administração em Diálogo.* 2017;19(2):62-90.
11. Vilas Boas AA, Pires AAS. Indicadores de qualidade de vida no trabalho de docentes de instituições federais de ensino superior das regiões sudeste, centro-oeste e Distrito Federal. *Braz Ap Sci Rev.* 2018;2(1):19-51.
12. Brasil. Decreto nº 6.833 de 29 de abril de 2009. Institui o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal - SIASS e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor. *Diário Oficial da União*, 2009; 30 abril. [citado em 5 mar 2017]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6833.htm.
13. Donato M, Zeitoune RCG. Reinserção do trabalhador alcoolista: percepção, limites e possibilidades de intervenção do enfermeiro do trabalho. *Esc Anna Nery.* 2006;10(3): 399-407.
14. Alevato H. Os desafios da reinserção laboral dos afastados por transtornos mentais e comportamentais. *Revista Estudos do Trabalho.* 2011;AnoV(9):2-24.
15. Cestari E, Carlotto MS. Reabilitação profissional: o que pensa o trabalhador sobre sua reinserção. *Estud Pesq Psicol.* 2012;12(1):93-115.
16. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG). Portaria nº 19 de 20 de abril de 2017. Aprova o anexo a esta Portaria, que dá nova redação ao Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal, sobre os procedimentos a serem observados quando da aplicação da Perícia Oficial em Saúde, de que trata a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e demais normas aplicadas à matéria. *Diário Oficial da União*, 2017; 25 abril. [citado em 11 jan 2018]. Disponível em <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=25/04/2017&jornal=1&pagina=54&totalArquivos=84>

17. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG). Portaria nº 1261 de 05 de maio de 2010. Institui os Princípios, Diretrizes e Ações em Saúde Mental que visam orientar os órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil - SIPEC da Administração Pública Federal sobre a saúde mental dos servidores. Diário Oficial da União, 2010; 6 maio. [citado em 11 jan 2018]. Disponível em <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=97&data=06/05/2010>.
18. Couto PR, Paschoal T. Relação entre ações de qualidade de vida no trabalho e bem-estar laboral. *Psicol Argum.* 2012;30(70):585-593.
19. Pinheiro FPHA, Silva GC, Taissuke ASN, Aquino CAB. Projeto ELABORar: uma experiência de intervenção junto a trabalhadores da Universidade Federal do Ceará. *Rev psicol. (Fortaleza).* 2013;4(2):103-113.
20. Grande AJ, Silva V, Manzatto L, Rocha TBX, Martins GC, Vilela JGB. Determinantes da qualidade de vida no trabalho: ensaio clínico controlado e randomizado por clusters. *Rev bras med esporte.* 2013;19(5):371-375.
21. Silva JAMG, Hotta TTH, Silva TH, Almeida MHM, Caromano FA. Desenvolvimento de um programa de promoção da saúde para trabalhadores administrativos. *Saude e pesqui.* 2017;10(3):557-566.
22. Portal da Transparência. Brasília: Controladoria Geral da união (CGU). [Citado em 15 ago 2017]. Disponível em: <http://www.portaltransparencia.gov.br/controleSocial/>.
23. Vivan CA. Acolhimento de servidores públicos readaptados: uma questão de saúde do trabalhador. [trabalho de conclusão de curso]. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas; 2014.
24. Santos JP. A escuta qualificada: instrumento facilitador no acolhimento ao servidor readaptado. [trabalho de conclusão de curso]. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas; 2014.
25. Maeno M, Vilela AGVR. Reabilitação profissional no Brasil: elementos para a construção de uma política pública. *Rev bras saúde ocup.* 2010;35(121):87-99.
26. Guérin F, Laville A, Daniellou F, Duraffourg J, Kerguelen A. Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia. São Paulo: Edgard Blucher; 2001.
27. Ferreira LL. Sobre a Análise Ergonômica do Trabalho. *Rev bras saúde ocup.* 2015;40(131):8-11.
28. Bendassoli PF, Soboll LAP. Clínicas do trabalho: filiações, premissas e desafios. *Cad psicol soc trab.* 2011;14(1):59-72.
29. Consolino AMGAV, Salgado ECVC, Leão MABG. Interdisciplinaridade, saúde e trabalho: uma análise de publicações em bases científicas. *Revista Ciências Humanas – Unitau.* 2012;5(1-2Especial):190-210.

30. Schwartz Y, Duc M, Durrive L. O homem, o mercado e a cidade. In: Schwartz Y, Durrive L (Org.). Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana. 2nd ed. Niterói: EdUFF, 2010. p.244-291.
31. Holz EB, Bianco MF. Ergologia: uma abordagem possível para os estudos organizacionais sobre trabalho. Cad. EBAPE.BR. 2014;12(spe):494-512.
32. Trinquet, P. Trabalho e educação: o método ergológico. Rev HISTEDBR On-line. 2012;10(38e):93-113.
33. Schwartz Y, Durrive L. Glossário da ergologia. Laboreal. 2008;IV(1), 23-28.
34. Brasil ACO. Promoção de saúde e a funcionalidade humana. Rev Bras Promoç Saúde. 2013;26(1):1-4.
35. Organização Mundial da Saúde (OMS). CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: EDUSP; 2003.
36. Organização Mundial da Saúde (OMS). Como usar a CIF: Um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Versão preliminar para discussão. Genebra: OMS; 2013.
37. Barbosa RMC. O processo de readaptação profissional em um hospital público: percepção dos trabalhadores de enfermagem portadores de doenças osteomusculares. [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2004.
38. Trombetta AP, Ramos FRS, Vargas MAO, Marques AMB. Experiências da equipe de centro de reabilitação - o real do trabalho como questão ética. Esc Anna Nery. 2015;19(3):446-453.
39. Daniellou F, Béguin P. Metodologia da ação ergonômica: abordagens do trabalho real. In: Falzon P. Ergonomia. São Paulo: Editora Blucher; 2007. p.281-302.
40. Telles AL, Alvarez D. Interfaces ergonomia-ergologia: discussão sobre trabalho prescrito e normas antecedentes. In: Figueiredo M, Athayde M, Brito J, Alvarez D. (orgs). Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A;2004. p. 63-89.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem o apoio e a colaboração intelectual de Regina Monteiro Campolina Barbosa, Catarina Nogueira Mota Coelho, Luciana Gonçalves de Oliveira Gotelipe e Gabriela Queiroz Vieira Neves no desenvolvimento deste trabalho.

4. DISCUSSÃO GERAL

Os achados dessa pesquisa reforçam a necessidade de maior atenção a servidores com laudo restritivo, dado que comparando-os com servidores que não apresentam laudo restritivo, esses apresentam maior número de queixas relacionadas ao trabalho e número de dias de afastamento para LTS (Estudo 1). Rodriguez (2016) afirma que a restrição laboral impacta nos processos de retorno e nas condições de permanência no trabalho e, por si só, pode configurar um indicativo da necessidade de ações de reabilitação profissional ou funcional. A autora chama a atenção para o fato de que a restrição laboral para alguns casos perfaz o único recurso possível para permitir que o trabalhador retome ou continue suas atividades laborais. A necessidade de indicação de restrição laboral geralmente é ligada a ocorrência de processos de adoecimento agudo ou crônico do trabalhador (Rodriguez, 2016).

O Estudo 1 como primeiro apresentado na tese elucidou a complexidade de situações ligadas aos relatos de sofrimento no dia a dia do trabalho e os principais desafios vivenciados pelos servidores nos processos de adoecimento, afastamento e retorno ao trabalho. A partir da análise documental realizada revelaram-se fragilidades no âmbito local de interação entre trabalhadores e nos processos institucionais de intervenção junto a tais demandas. Os resultados sugerem pertinência da inserção de abordagens clínicas do trabalho no arcabouço de ações que se tem lançado mão diante de tal realidade, no intuito de qualificar e ampliar a dimensão da atenção à saúde dos servidores por parte da instituição empregadora.

O Estudo 2 revelou, em profundidade, o cenário das problemáticas expostas no Estudo 1, mas com foco em desvelar as demandas de reinserção laboral de servidores com laudo restritivo. A partir de entrevistas semiestruturadas essa realidade foi mapeada e analisada à luz de pressupostos da Ergologia, uma das abordagens clínicas do trabalho, profícua para explorar elementos normativos e valorativos que permeiam o cenário pesquisado. Nessa discussão, em

segundo plano, foram ainda identificados pontos de articulação e de contribuição de pressupostos da Classificação Internacional de Incapacidade, Funcionalidade e Saúde e da Ergonomia da Atividade. Assim sendo, foi possível apresentar o processo de reinserção laboral de servidores com laudo, com destaque para as diversas vivências e modos de lidar com essa situação por parte do servidor, colega e chefia. O Estudo 2, por meio de seu denso conteúdo descritivo, realizou um amplo mapeamento das etapas e vivências do processo de reinserção laboral. Nesse trabalho, optou-se ainda por dar espaço e visibilidade ao “dado bruto” para que o mesmo revelasse ao leitor toda sua complexidade.

Tal como sinalizam os estudos desta tese para o contexto das IFES, a reinserção de pessoas com alguma incapacidade decorrente de um processo de adoecimento enfrenta obstáculos importantes junto às instituições empregadoras, sejam elas públicas ou privadas (Toldrá *et al.*, 2010). A legislação previdenciária e dos direitos da pessoa com deficiência tem sido o principal disparador para reduzir os efeitos dos preconceitos e ampliar a inclusão social desses indivíduos. No entanto, na prática, muitas vezes, tais ações acabam configurando um caráter segregador e assistencialista (Heinski, 2003), sem um planejamento e/ou organização interna das instituições para proporcionar condições de trabalho adequadas para esses trabalhadores em situação de fragilidade, bem como processos que caracterizem práticas de inclusão no trabalho. Trata-se, assim, de um cenário balizado por aspectos legais e jurídicos, mas que, por si só, não esgotam ou garantem o desafio da configuração de contextos em que, mesmo na presença de limitações funcionais, as capacidades e as competências sejam identificadas e consideradas frente às demandas de um dado trabalho.

A efetivação do processo de reinserção de pessoas com restrição laboral tem desafiado o campo da Saúde do Trabalhador descrevendo cenários que ora limitam (barreiras) ora favorecem (facilitadores) a configuração de desfechos exitosos, a saber: avaliação superficial da incapacidade do trabalhador e a fragilidade de elementos envolvidos na compreensão da

relação homem-trabalho (Simonelli *et al.*, 2010); a ausência de equipe multidisciplinar institucional (Vivian, 2015); grau de interação entre o setor de Perícia Médica e equipe multiprofissional (Fantini *et al.*, 2010); dificuldades para alcançar a redução do número de afastamentos do trabalho por motivo de doença de servidores readaptados (Fantini *et al.*, 2010); a ocorrência de sentimentos de incompetência, culpa e situações de discriminação (Vivian, 2014); presença de espaços para escuta entre os sujeitos que compartilham aspectos de um mesmo processo de trabalho, qualificando processos de acolhimento (Santos, 2014); presença de ações interdisciplinares e intersetoriais (Caro *et al.*, 2018).

O Estudo 3 agregou elementos na caracterização de tais cenários ao explorar os fatores ambientais classificados pela CIF presentes nos relatos de servidores envolvidos em experiências de reinserção laboral. Os principais fatores ambientais apontados, tanto como barreiras, como facilitadores são pertencentes ao capítulo intitulado “Atitudes”, tendo-se destaque para as atitudes de colegas (e425) e de chefias (e430).

As temáticas atitudes e relacionamento interpessoal foram as de maior densidade encontradas nos resultados dessa tese. No Estudo 2 a categoria “Percepções sobre a restrição laboral, fatores e atitudes individuais do servidor, colegas e chefias” (Eixo 3) evidenciou temas vinculados a condutas e ideias de cada indivíduo referente à realidade pesquisada, trazendo relatos de presença ou de ausência de “Acolhimento e empatia” da chefia e dos colegas. Os entrevistados destacam como indispensável no processo de cumprir as restrições laborais aspectos da empatia, pois é considerado como elemento sustentador de uma postura de acolhimento. A categoria “Interpretações do laudo e condutas dos envolvidos” (Eixo 4) apresenta uma diversidade de pontos de vista, entendimentos e ações dos entrevistados referentes ao que é um laudo restritivo, seu processo de emissão, sua legitimidade e suas implicações. Tal conteúdo desvelou a ocorrência de condutas e atitudes de exclusão, de pouca flexibilidade e de diálogo insuficiente, bem como de encaminhamentos limitados e de baixa

resolutividade por se pautarem em entendimentos equivocados e superficiais acerca do laudo restritivo e da problemática da reinserção laboral. Tais situações, por conseguinte, parecem permear, precipitar ou agravar conflitos e dificuldades nas relações interpessoais entre os envolvidos.

No Estudo 1, a categoria “Relacionamento interpessoal e situações de conflito no trabalho” reúne relatos de dificuldades de convivência e relacionamento entre chefias e subordinados e de colegas entre si e foi a de maior ocorrência no Eixo temático “Adversidades no trabalho” (Eixo 3, A2). Rodriguez (2016) ponderou que pouco se conhece sobre o impacto da restrição laboral no trabalho e nas relações interpessoais dos envolvidos, tendo a presente tese contribuindo com informações a esse respeito. Também, a diversidade de manejos, critérios e condutas no processo de reinserção laboral desvelados nos resultados do presente trabalho incorre e ilustra os dois desfechos considerados possíveis por Rodriguez (2016) nos casos de restrição laboral: efetiva-se ações de proteção e de promoção a saúde do trabalhador com laudo ou ocorre situações de exposição de seu quadro de saúde e de suas fragilidades, comprometendo sua reinserção no trabalho.

Após abordar densamente o fenômeno da reinserção laboral de servidores com laudo restritivo no contexto das IFES nos primeiros estudos da tese, segue-se para seu fechamento com dois trabalhos que buscaram tangenciar realidades práticas ligadas à temática investigada. O Estudo 4 realizou um estudo de consenso de especialistas para o aprimoramento do formulário APT. O formulário possui finalidade descritiva e caráter complementar no processo de avaliação e intervenção de terapeutas ocupacionais nas situações envolvendo a (re)inserção de trabalhadores com alguma incapacidade no trabalho. Através da análise da versão original identificou-se sua filiação terminológica à Classificação Internacional de Incapacidade, Funcionalidade e Saúde e, seu caráter de análise do trabalho real na sistematização de um check-list, remete a apropriação de pressupostos da Ergonomia

da Atividade. Foi elaborado um manual para nortear o uso da versão aprimorada do formulário.

O Estudo 5 descreveu o processo de definição teórico-metodológico, a problematização dos princípios versados na legislação vigente, as possibilidades e os limites do contexto institucional, que permearam uma proposta de direcionamento e sistematização de ações de reinserção na IFES, perfazendo assim um relato de experiência diretamente ligado ao objetivo geral desta tese. Ele apresenta uma interpelação teórico-prática congregando pressupostos da Classificação Internacional de Incapacidade, Funcionalidade e Saúde, da ergologia e da ergonomia da atividade com os desafios de delinear intervenções mediante demandas de reinserção laboral.

Desse modo, os resultados desse trabalho permitiram clarear a natureza das queixas relacionadas ao trabalho reportadas pelos trabalhadores em consultas diversas e/ou em perícias médicas no SST da IFES como um panorama geral no qual se insere a problemática da reinserção de servidores com laudo; mapear as principais etapas dos processos de reinserção e identificar fatores que a favorecem e que a dificultam essa reinserção no contexto de uma IFES; discutir como essas queixas gerais e dificuldades específicas da reinserção poderiam ser melhor acolhidas e consideradas de modo a configurar intervenções precoces e resolutivas; divulgar e aprimorar uma ferramenta prática que auxilia no debruçar sobre a análise da compatibilidade entre os fatores de uma dada atividade de trabalho frente às restrições laborais de um trabalhador, além de apresentar a experiência piloto de ações de “Reabilitação Funcional” na referida IFES.

A presente tese elucidou que essa demanda – a da reinserção laboral – configura situação desafiadora, que requer, em tese, a disponibilidade de todos os envolvidos para mobilizar diálogos e consequentes encaminhamentos que podem guardar alguma similitude com os pressupostos ergológicos ou, minimamente, deles valer-se. O processo envolve o

debate de normas (ex: prerrogativas da atividade em si, da instituição empregadora), valores (ex: capacidade/incapacidade; produtividade ideal/real; acolhimento/exclusão) e saberes (ex: do trabalhador com restrição; do chefe; dos colegas de trabalho; do pessoal dos recursos humanos; de cada membro da equipe de saúde envolvido). A postura ergológica frente ao trabalhador e ao trabalho para conduzir o acompanhamento do processo de reinserção pode favorecer sua horizontalidade, de modo a legitimar e a mobilizar debates considerando valores e envolvendo os múltiplos saberes que compõe o cenário das mediações e construções intrínsecas ao processo de reinserção laboral.

Por fim, pode-se sintetizar que a efetivação do processo de reinserção de pessoas com restrição laboral envolve o manejo de múltiplos fatores (Simonelli *et al.*, 2010; Fantini, Silveira & La Rocca, 2010; Ribeiro *et al.*, 2014), que se confrontam em dois grandes eixos a saber: 1) o processo de saúde e doença do servidor, a evolução dos tratamentos realizados ou em andamento e repercussões na funcionalidade do trabalhador; 2) demandas da atividade de trabalho, conforme o cargo, o setor de lotação, a definição de atribuições e divisão de tarefas do setor, as variáveis do ambiente de trabalho.

A presente tese desenvolveu elementos propositivos de que a interseção de tais eixos perpassa pela necessidade de compreensão da atividade humana no trabalho. No estudo do fenômeno da reinserção laboral, tal interseção sinaliza ainda a importância de referenciais que subsidiem o entendimento do universo das capacidades e das incapacidades de uma pessoa, tal como os conceitos e os pressupostos da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; e do estudo qualificado e criterioso da saúde, da produtividade e da segurança do homem diante de sua atividade de trabalho, proposto pela Ergonomia da Atividade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho realizou uma desafiadora e relevante exploração de dados nacionais referentes a Licença para Tratamento de Saúde (LTS) de servidores das Instituição Federal de Ensino Superior (IFES) em consultas realizadas ao Portal da Transparência nos anos de 2017 e 2018. Apesar das limitações do banco de dados brutos contendo informações de 102 IFES do Brasil, é possível rastrear uma situação alarmante, de volume e complexidade crescentes. Do período de 2013 a 2016 a média foi de 1.443.198 dias de afastamentos concedidos por ano, num total de 196.020 perícias realizadas. Em 2013 foram 1.371.114 dias de afastamento e um total de 47.343 perícias e em 2016 foram 1.607.710 dias de afastamento e 56.585 perícias realizadas. Desse modo, o cenário nacional de enfrentamento de adoecimentos e afastamentos ocupacionais é preocupante e desafiador, o que acaba por evidenciar a importância desse campo para pesquisas futuras, no sentido de melhor compreender esses ambientes laborais e suas possíveis implicações no processo saúde e doença de seus trabalhadores. Serão válidas também pesquisas que superem as limitações desse trabalho quanto às análises de dados nacionais que dependem do total de servidores e dados completos referentes ao universo amostral em questão para se investigar melhor o impacto dos processos de afastamento do trabalho.

As práticas de inserção ou reinserção no trabalho entendidas como o processo de adaptação ao trabalho de pessoas com alguma incapacidade representam um desafio para o campo da Saúde do Trabalhador e, nessa tese, buscou-se desvelar suas particularidades no contexto de trabalho de servidores públicos federais atuantes nas IFES. Para tanto no Estudo 1 foi possível mapear um cenário dramático de um conjunto de queixas relacionadas ao trabalho que se apresentam imbricadas com sinais e sintomas de processos de adoecimento, estando inclusive, ligadas ao afastamento do trabalho. Foram observadas situações em que tanto a

LTS como a solicitação de remoção do setor aonde o servidor experimenta processos de sofrimento e adoecimento no trabalho revelam um grande sintoma institucional de insuficiência de recursos materiais e humanos para uma abordagem resolutiva e precoce diante de muitas dessas queixas. Esses importantes e necessários dispositivos legais e institucionais – LTS e remoção – perfazem então, por vezes, a medida “possível” e paliativa e em muitos casos. No entanto também são palco de percursos de cronificação e agravamento das queixas, indicando os limites das mesmas de acessar, por si só, a causa dos problemas. Tal fato tem como agravante aspectos contextualizados na introdução dessa tese e transparecidos nos resultados desse trabalho referentes aos desafios transversais vivenciados pelas instituições públicas, que em maior ou menor grau, enfrentam escassez orçamentária, estrutura de funcionamento complexa e graves problemas gerenciais. Apresenta-se, nesse contexto, em caráter transversal a necessidade e a pertinência de se tratar a questão com o suporte de abordagens clínicas do trabalho no sentido de inserir uma força atenuante nessa cadeia de vetores desordenada que possui um desfecho crítico: processos de sofrimento e adoecimento dos trabalhadores.

Em meio a esse cenário denso, aprofunda-se no Estudo 2 sua exploração através de entrevistas com os trabalhadores diretamente envolvidos nas dramáticas emergentes nos processos da reinserção laboral e descortina-se, propriamente, as tramas que enredam e se conectam a muitas das queixas registradas nos prontuários do SST, investigadas no Estudo 1. O Estudo 1 capturou ecos ressonantes das problemáticas desveladas com maior densidade no Estudo 2 que investigou propriamente as vivências ligadas a reinserção laboral, dando voz à descrição de realidades por parte dos participantes que reuniram ora relatos e expressões de desabafo, descrença, dor, lágrima; ora relatos de superação, de recomeços e esperança. Tais descrições abarcaram, muitas vezes, situações de fragilidades e desencontros na comunicação, agravando e revelando problemas de relacionamento interpessoal; equívocos ou negligências

ligados a práticas da gestão; análise limitada ou insuficiente das possibilidades de negociação com os trabalhadores para o cumprimento do laudo; suporte técnico institucional ausente ou limitado para a reinserção efetiva dos servidores.

De modo complementar o Estudo 3 mapeou facilitadores e barreiras envolvidos nesse processo, revelando faces positivas e negativas dos mesmos temas, tendo o campo das atitudes como o de maior destaque. Ficou evidente como condutas de pouca flexibilidade, falta de acolhimento, de empatia e de cooperação enredam relatos de sofrimento e de exclusão, bem como situações de conflitos envolvendo todos os grupos de servidores.

Os Estudos 4 e 5 apresentam um esforço desse trabalho em dar visibilidade a ferramentas e ações cotidianamente empreendidas – e nem sempre sensíveis aos procedimentos acadêmicos de produção de evidências – por profissionais do campo da saúde e do trabalho que oferecem escuta, suporte e arcabouço técnico para o acompanhamento de trabalhadores em situação de sofrimento, particularmente, aqueles que experimentam desajustes entre as exigências de sua atividade de trabalho e seu desempenho, por vezes, alterado no decurso de algum processo de adoecimento.

Foram evidenciados nesta tese muitos pontos frágeis da atuação dos setores de saúde do trabalhador e de recursos humanos das IFES, em particular na situação investigada tangente às demandas de reinserção laboral. Frente ao desafio de superar suas dificuldades de ação e articulação apresenta-se nesta tese reflexões sobre a pertinência do uso de abordagens clínicas do trabalho como potencial qualificador das práticas implementadas. Pontua-se que as principais limitações dessa tese estão relacionadas ao tamanho e à distribuição da amostra, a aplicação dos critérios de exclusão que restringem as análises e limitam a generalização dos resultados.

Por fim, esse trabalho, além de realizar um mapeamento do fenômeno da reinserção e de suas principais etapas realizou explorações acerca da contribuição da CIF, da ergonomia da

atividade e da ergologia, tecendo interpelações e pontos de articulação entre seus pressupostos centrais defronte as realidades investigadas. O universo de normas, valores e saberes próprios da atividade humana no trabalho, especificamente, na situação das demandas da reinserção convocam o debate de percepções e saberes referentes ao processo saúde-doença e à funcionalidade humana, bem como ao entendimento acerca de etapas, características e variabilidades da atividade de trabalho, considerando-se ainda o macro da esfera institucional e social envolvidos em suas infinitas e constantemente renovadas regulações. O presente trabalho não esgota tal exploração e, vale ponderar que inserir a CIF nesse debate junto aos referenciais da ergologia e da ergonomia da atividade representa um elemento de destaque desta tese cujas análises realizadas sugerem a pertinência de sua continuidade em pesquisas vindouras. Assim sendo, os dados dessa tese sugerem a pertinência de pesquisas que explorem o uso da CIF e de abordagens clínicas do trabalho no escopo das ações de cuidado e das repostas às demandas de reinserção no trabalho de servidores das IFES, particularmente, os com laudo restritivo.

REFERÊNCIAS

- Abrahão, J.I. (2000). Reestruturação Produtiva e Variabilidade do Trabalho: Uma Abordagem da Ergonomia. *Psic.: Teor. e Pesq*, 16(1), 49-54.
- Alevato, H. (2011). Os desafios da reinserção laboral dos afastados por transtornos mentais e comportamentais. *Revista da Rede de Estudos do Trabalho*, 9, 2-24.
- Alexandre, N.M.C., Gallasch, C.H., Lima, M.H.M. & Rodrigues, R.C.M. (2013). A confiabilidade no desenvolvimento e avaliação de instrumentos de medida na área da saúde. *Rev. Eletr. Enf*, 15(3), 802-809.
- Allen, D.G. & Shanock, L.R. (2013). Perceived organizational support and embeddedness as key mechanisms connecting socialization tactics to commitment and turnover among new employees. *Journal of Organizational Behavior*, 34(3), 350-369.
- Almeida, M.H.M. de, Spínola, A.W. de P. & Lancman, S. (2009). Técnica Delphi: validação de um instrumento para uso do terapeuta ocupacional em gerontologia. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, 20(1), 49-58.
- Alves, J.E.D. (2015). O fim do bônus demográfico e o processo de envelhecimento no Brasil. *Revista Portal de Divulgação*, 45(V), 6-17.
- Ansoleaga, E., Garrido, P., Domínguez, C., Castillo, S., Lucero, C., Tomicic, A. & Martínez, C. (2015). Facilitadores del reintegro laboral en trabajadores con patología mental de origen laboral: una revisión sistemática. *Revista médica de Chile*, 143(1), 85-95.
- Araújo, E.S. (2011). *Manual de utilização da CIF em saúde funcional*. São Paulo: Andreoli.
- Araújo, E.S. (2014). Uso da cif no SUS: a experiência no município de Barueri/SP. *Revista Científica CIF Brasil*, 1(1), 10-17.
- Araújo, E.S. & Buchalla, C.M. (2013). Utilização da CIF em fisioterapia do trabalho: uma contribuição para coleta de dados sobre funcionalidade. *Acta Fisiatr.*, 20(1), 1-7.
- Araújo, E.S. & Neves, S.F.P. (2015). Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde, e-sus e tabwin: as experiências de Barueri e Santo André, São Paulo. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 39(2), 470-477.
- Associação Americana de Terapia Ocupacional, [AOTA]. (2015). Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 26, 1-49.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Ed. rev. e atual. Lisboa: Edições 70.
- Bauer, M. W. (2008). Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In Bauer, M. W., & Gaskell, G. (Orgs), *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático* (pp.189-217). Rio de Janeiro: Vozes.

- Bauer, M. W., Gaskell, G., & Allum, N. (2008). Qualidade, quantidade e interesses do conhecimento - evitando confusões. In M. W. Bauer, & G. Gaskell (Orgs), *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático* (pp.17-36). Rio de Janeiro: Vozes.
- Bauman, Z. (2005) *Identidade: entrevista a Benedetto Vecchi*, Rio de Janeiro: Zahar, 110p.
- Bendassolli P.F. & Soboll, A.P. (2011). Introdução às Clínicas do Trabalho: aportes teóricos, pressupostos e aplicações. In: Bendassolli P.F. & Soboll, A.P. (Org.). *Clínicas do Trabalho: Novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade*. São Paulo: Atlas, 1-21.
- Bianchessi, D.L.C., Dantas, F.F., Poersch, A.L. & Ramos, M.Z. (2014). Sobre uma construção em atenção em saúde mental e trabalho na empresa. In: Merlo, A.R.C., Bottega, C.G., Perez, K.V. (Org.). (p.117-132). *Atenção à saúde mental do trabalhador: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho*. Porto Alegre: Evangraf.
- Brasil, A.C.O. (2013). Promoção de saúde e a funcionalidade Humana. *Rev Bras Promoç Saúde*, 26(1), 1-4.
- Buchalla, C.M. (2003). A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Acta Fisiátrica*, 10(1), 29-31.
- Cardoso, J.P., Ribeiro, I.Q.B., Araújo, T.M., Carvalho, F.M. & Reis E.J.F.B. (2009). Prevalência de dor musculoesquelética em professores. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 12(4), 604-614.
- Caro, C.C., Arakawa, V.A.T. & Andrade, E.V.B. (2018). A reinserção laboral de funcionários públicos após longo período de ausência por doença em regime próprio de previdência social brasileiro. *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional on line*, 5, 51-72.
- Cestari, E. & Carlotto, M.S. (2012). Reabilitação profissional: o que pensa o trabalhador sobre sua reinserção. *Estud. pesqui. psicol.*, 12(1), 93-115.
- Clot, Y. (2011). O início de uma história? In: Bendassolli P.F. & Soboll, A.P. (Org.). *Clínicas do Trabalho: Novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade*. São Paulo: Atlas.
- Coutinho, S.S., Freitas, M.A., Pereira, M.J.B., Veiga, T.B., Ferreira, M. & Mishima, S.M. (2013). O uso da técnica Delphi na pesquisa em Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 37(3).
- Cunha, D.M. & Alves, W.F. (2012). Da atividade humana entre paideia e politeia: saberes, valores e trabalho docente. *Educação em Revista*, 28(2), 17-34.

- Cunha, J. B., Blank, V.L.G. & Boing, A.F. (2009). Tendência temporal de afastamento do trabalho em servidores públicos (1995-2005). *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 12 (2), 226-236.
- Daniellou, F. & Béguin, P. (2007). Metodologia da ação ergonômica: abordagens do trabalho real. In Falzon, P. *Ergonomia*. São Paulo: Editora Blucher.
- de Boer, A.G.E.M., Taskila, T.K., Tamminga, S.J., Feuerstein, M., Frings-Dresen, M.H.W. & Verbeek, J.H. (2015). Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. *Cocharane Database Syst Rev*, 9.
- Decreto n. 3.048, de 6 de maio de 1999. Aprova o regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm.
- Decreto nº 7.003, de 9 de novembro de 2009. Regulamenta a licença para tratamento de saúde, de que tratam os arts. 202 a 205 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e dá outras providências. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7003.htm.
- Dejours, C. (2007). Psicodinâmica do Trabalho na pós-modernidade. In: Mendes, A.M.; Lima, S.C.L.; Facas, E.P. (Org.). *Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisa*. Brasília: Paralelo 15.
- Dias, D.A.S. & Moreira J.O. (2011) As Vicissitudes dos Conceitos de Normal e Patológico: Relendo Canguilhem. *Revista Psicologia e Saúde*, 3(1), 77-85.
- Donato, M. & Zeitoune, R.C.G. (2006). Reinserção do trabalhador alcoolista: percepção, limites e possibilidades de intervenção do enfermeiro do trabalho. *Escola Anna Nery*, 10(3), 399-407.
- Durrive, L. & Schwartz, Y. (2008). Revisões temáticas: glossário da Ergologia. *Laboreal*, 4(1), 23-28.
- Fantini, A.J.E., Silveira, A.M. & La Rocca P.F. (2010). Readaptação Ocupacional de Servidores Públicos: a experiência de uma universidade pública. *Rev Med Minas Gerais*, 20(2 Supl 2), 59-65.
- Farias, N. & Buchalla, C.M. (2005). A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial de Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(2), 187-193.
- Falzon, P. (2007). Metodologia da ação ergonômica: abordagens do trabalho real. In: Falzon, P. *Ergonomia*. São Paulo: Editora Blucher.
- Faro, A.C.M. (1997). Técnica Delphi na validação das intervenções de enfermagem. *Rev. Esc. Enferm.* 31, 259-273.
- Ferreira, L.L. (2016). Três lições do professor Wisner. In Lima, F. P. A., Ribeiro, R. (orgs.). *Análises do trabalho-escritos escolhidos*. (pp. 15-28). Belo Horizonte: Fabrefactum.

- Ferreira, M.C. (2011). *Qualidade de vida no trabalho: uma abordagem centrada no olhar dos trabalhadores*. 2 ed. Brasília: Edições Ler, Pensar, Agir.
- Figueiredo, J.M. & Alevato, H.M.R. (2012). O sofrimento no trabalho do servidor técnico-administrativo de uma IFES – breve reflexão. *Anais do Congresso nacional de excelência em gestão*. Niterói, Rio de Janeiro. Recuperado em 10 abril de 2016, de http://www.excelenciaemgestao.org/Portals/2/documents/cneg8/anais/T12_0490_2570.pdf.
- Gaskell, G. (2008). Entrevistas individuais e grupais. In M. W. Bauer, & G. Gaskell (Orgs.), *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático* (pp. 64-89). Rio de Janeiro: Vozes.
- Giovanella, L., Escorel, S., Lobato, L.V.C., Noronha, J.C. & Carvalho, A.I. (2012). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2 ED. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Godoy, A.S. (1995). Pesquisa qualitativa tipos fundamentais. *Revista de Administração de Empresas*, 35(3), p.20-29.
- Gravina, M.E.R., Nogueira, D.P. & Rocha, L.E. (2003). Reabilitação profissional em um banco: facilitadores e dificultadores no retorno ao trabalho; *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, 14(3).
- Guérin, F., Kerguelen, A., Laville, A., Daniellou, F. & Duraffourg, J. (2001). Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia. São Paulo: Edgard Blucher. 200 p.
- Hegewald, J., Wegewitz, U.E., Euler, U., van Dijk, J.L., Adams, J., Fishta, A., Heinrich, P. & Seidler, A. (2019). Interventions to support return to work for people with coronary heart disease. *Cocharane Database Syst Rev*, 3.
- Heinski, R.M.M.S. (2003). *Um estudo sobre a inclusão da pessoa portadora de deficiência no mercado de trabalho*. Dissertação (Mestrado). Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Holz, E.B. & Bianco, M. F. (2014). Ergologia: uma abordagem possível para os estudos organizacionais sobre trabalho. *Cad. EBAPE.BR*, 12, 494-512.
- Hou, W.H., Chi, C.C., Lo, H.L., Chou, Y.Y., Kuo, K.N. & Chuang, H.Y. (2017). Vocational rehabilitation for enhancing return-to-work in workers with traumatic upper limb injuries. *Cocharane Database Syst Rev*, 12.
- Lancman, S., Gonçalves, R. M. A., Cordone, N. G., & Barros, J. O. (2013). Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, 47(5), 968-975.
- Lei n. 8.112, 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Brasília, DF. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8112cons.htm

- Lei n. 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm
- Lei n. 11.091, de 12 de janeiro de 2005. Dispõe sobre a estruturação do Plano de Carreira dos Cargos Técnico-Administrativos em Educação, no âmbito das Instituições Federais de Ensino vinculadas ao Ministério da Educação, e dá outras providências. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11091.htm
- Mancini, M.C. & Coelho, Z.A.C. (2008). Raciocínio Clínico em Terapia Ocupacional. In Drumond, A.F. & Rezende, M.B. *Intervenções da Terapia Ocupacional*. (pp. 13-24). Belo Horizonte: UFMG.
- Marchon, S.G. & Mendes Junior, W.V. (2015). Tradução e adaptação de um questionário elaborado para avaliar a segurança do paciente na atenção primária em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(7), 1395-1402.
- Marin, T.J., Van Eerd, D., Irvin, E., Couban, R., Koes, B.W., Malmivaara, A., van Tulder, M.W. & Kamper, S.J.(2017). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*, 6.
- Marques AL. (2011). Gerentes em organizações públicas: características do trabalho e contexto profissional. *Gerais Rev Interinst Psicol*, 4(1), 93-103.
- Mattos, Cristiane Brum Marques de, & Schlindwein, Vanderléia de Lurdes Dal Castel. (2015). "Excelência e produtividade": novos imperativos de gestão no serviço público. *Psicologia & Sociedade*, 27(2), 322-331.
- Medeiros, A.M. & Jardim, R. (2013). Proposta de ações em saúde dos servidores públicos federais à luz das mudanças demográficas. *R. Bras. Est. Pop.*, 30, 199-201.
- Melo, R.P., Moreira, R.P., Fontenele, F.C., Aguiar, A.S.C., Joventino, E.S, & Carvalho, E.C. (2011). Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. *Rev Rene*, 12(2), 424-31.
- Mendes A.M. (2007). *Psicodinâmica do trabalho: teoria, métodos e pesquisas*. São Paulo: Casa Psi Livraria, Editora e Gráfica Ltda, 368p.
- Mendonça Jr, H.P. & Assunção A.A. (2005) Associação entre distúrbios do ombro e trabalho: breve revisão da literatura. *Rev. Bras. Epidemiol.*, 8(2), 167-176.
- Merlo, A.R.C. (2014). Sofrimento psíquico e atenção à saúde mental. In: Merlo ARC, Bottega CG, Perez, KV (Org.). *Atenção à saúde mental do trabalhador: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho*. (pp.12-29). Porto Alegre: Evangraf.
- Merlo, A.R.C., Bottega, C.G., Perez, K.V. (2014). *Atenção à saúde mental do trabalhador: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho*. (pp.12-29). Porto Alegre/RGS: Evangraf.

- Munaretto, L.F., Corrêa, H.L. & Cunha, J.A.C. (2013). Um estudo sobre as características do método Delphi e de grupo focal, como técnicas na obtenção de dados em pesquisas exploratórias. *Revista de Administração da UFSM*, 6(1), 9-24.
- Nunes, A.V.L. & Lins, S.L.B. (2009). Servidores públicos federais: uma análise do prazer e sofrimento no trabalho. *Rev Psicol Organ Trab*, 9(1), 51-67.
- Nogueira, C.V., Maciel, E.C., Maciel, R.H. & Aquino, R. (2010). Afastamentos por transtornos mentais entre servidores públicos do estado do Ceará. Anais do VIII Congresso Nacional de Excelência em Gestão, 2010. Niterói, Rio de Janeiro. Recuperado em 27 de abril de 2016, de <http://www.excelenciaemgestao.org/pt/edicoes-anteriores/vi-cneg/anais.aspx>.
- Oliveira, D.C. (2008). Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. *Revista de enfermagem*, 16(4), 569-576.
- Oliveira, L.A., Baldaçara, L.R. & Maia, M.Z.B. (2015). Afastamentos por transtornos mentais entre servidores públicos federais no Tocantins. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 40(132), 156-169.
- Oliveira, L.G., Soares, V.G., Faria, E.B.L & Souza, S.C. (2015). Relatório anual de atividades 2014. Departamento de Atenção à Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Minas Gerais.
- Oliveira, L.G., Faria, E.B.L. Souza, S.C & Porto, L.H.V. (2016). Relatório anual de atividades 2015. Departamento de Atenção à Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Minas Gerais.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2003). *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*, Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais (org). Coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2013). *Como usar a CIF: Um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*. Versão preliminar para discussão. Genebra: OMS.
- Paiva, L., Pompeo, D.A, Ciol, M.A., Arduini, G.O., Dantas, R.A.S, Senne, E.C.V. & Rossi, L.A.. (2016). Estado de saúde e retorno ao trabalho após os acidentes de trânsito. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(3), 443-450.
- Pereira, A.P.D.M. (2018). Remoções em estágio probatório e socialização organizacional: um estudo com os assistentes em administração de uma universidade federal. Dissertação. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais.
- Ponce, T. B. (2014). *O papel dos agentes de Recursos Humanos na intermediação entre os servidores e a unidade do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS)*. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Trabalho, Saúde e

Ambiente, da Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (Fundacentro).

Poersch, A.L. & Merlo, A.R.C. (2017) Reabilitação profissional e retorno ao trabalho: uma aposta de intervenção. *Psi & Soc*, 29.

Portaria nº 1261 (2010, 05 maio). Institui os Princípios, Diretrizes e Ações em Saúde Mental que visam orientar os órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil - SIPEC da Administração Pública Federal sobre a saúde mental dos servidores. *Diário Oficial da União*, p.97. Brasília-DF.

Portaria nº 19 (2017, 20 abril). Aprova o anexo a esta Portaria, que dá nova redação ao Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal, sobre os procedimentos a serem observados quando da aplicação da Perícia Oficial em Saúde, de que trata a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e demais normas aplicadas à matéria. *Diário Oficial da União*, p.54. Brasília-DF.

Resolução nº 459, de 20 de novembro. (2015, 20 novembro). Dispõe sobre as competências do terapeuta ocupacional na Saúde do Trabalhador, atuando em programas de estratégias inclusivas, de prevenção, proteção e recuperação da saúde. Recuperado de <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3220>.

Resolução nº 452, de 10 de maio. (2012, 10 maio). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 452 de 10 de maio de 2012. Recuperado em 09 de março de 2016, de http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_12.htm.

Resolução nº 466 (2012, 12 dezembro). Conselho Nacional de Saúde. *Diário Oficial da União* nº12 de 13 de junho de 2013. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.

Ribeiro, Carla Vaz dos Santos, & Mancebo, Deise. (2013). O servidor público no mundo do trabalho do século XXI. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(1), 192-207.

Robinson R, Okpo E & Mngoma N. (2015). Interventions for improving employment outcomes for workers with HIV. *Cocharane Database Syst Rev*, 5.

Rocha, F.S. & Alencar, M.C.B. (2018). Challenges in postural orientations for workers away from work with low back pain. *Fisioter. Mov.* 31.

Rodriguez, T.A.J. (2016). Restrição laboral: um conceito em construção na designação e vivência da incapacidade no trabalho. Tese. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

Sampaio, R.F. (2012). Readaptação no âmbito das U-Siass. In Assunção, A.A. (org.), *Promoção e vigilância em saúde: guia para as ações no setor público federal*. 1 ed. (pp.31-60). Belo Horizonte: Biblioteca Universitária da UFMG.

Sampaio, R.F., Silveira, A.M., Parreira, V.F., Makino, A.T. & Mateo, M.M. (2003). Análise das aposentadorias por incapacidade permanente entre os trabalhadores da

Universidade Federal de Minas Gerais no período de 1966 a 1999. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 49, 60-66.

- Sampaio, R.F., Mancini, M.C., Gonçalves, G.G.P., Bittencourt, N.F.N., Miranda, A.D. & Fonseca, S.T. (2005). Aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 9(2), 129-136.
- Santos, J.P. (2014). *A escuta qualificada: instrumento facilitador no acolhimento ao servidor readaptado*. (Monografia de Especialização). Fundação Getúlio Vargas, São Paulo.
- Schlindwein, V.L.D.C., Silva, A.L., Bueno, D.H.D & Moraes, P.R. (2017). Considerações Sobre Queixas Relacionadas ao Trabalho em Pacientes de uma Clínica-Escola. *Est Pesq Psi*. 17(3), 860-876.
- Schlindwein, V.L.D.C. & Moraes, P.R. (2014). Prevalência de transtornos mentais e comportamentais nas instituições públicas federais de Rondônia. *Cad psicol soc trab*. 2014, 17(1), 117-127.
- Schwartz, Y. Manifesto por um ergoengajamento. In: Bendassolli P.F. & Soboll, A.P. (Org.). *Clínicas do Trabalho: Novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade*. São Paulo: Atlas; 2011, p.1-21.
- Schwartz, Y. & Durrive, L. (2010). *Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana*. (Org.). 2nd ed. Niterói: EdUFF.
- _____. (2016). *Trabalho & Ergologia II: diálogos sobre a atividade humana*. Belo Horizonte: Fabrefactum.
- Serafim, A.C., Campos, I.C.M., Cruz, R.M. & Rabuske, M.M. (2012). Riscos psicossociais e incapacidade do servidor público: um estudo de caso. *Psicol cienc prof.*, 32(3), 686-705.
- Sibilitz, K.L., Berg, S.K., Tang, L.H., Risom, S.S., Gluud, C., Lindschou, J., Kober, L., Hassager, C., Taylor, R.S. & Zwisler, A.D. (2016). Exercise-based cardiac rehabilitation for adults after heart valve surgery. *Cochrane Database Syst Rev*, 3.
- Silva, E.A. & Borges, M.E.S. (2017). Os valores envolvidos no trabalho: uma pesquisa com servidores de uma agência da previdência social. *Ergologia*, 17.
- Silva, E.B.F. Tomé, L.A.O, Costa, T.J.G. & Santana, M.C.C.P. (2012). Transtornos mentais e comportamentais: perfil dos afastamentos de servidores públicos estaduais em Alagoas, 2009. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 21(3), 505-514.
- Simonelli, A.P., Camarotto, J.A., Bravo, E.S. & Vilela, R.A.G. (2010). Proposta de articulação entre abordagens metodológicas para melhoria do processo de reabilitação profissional. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35(121), 64-73.

- Soares, S.R.N. (2010). *A Reabilitação Profissional do INSS: um resgate histórico*. Monografia. Curso de Especialização em Terapia Ocupacional da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais.
- Soldera, L.M. (2015). Ergologia: concepção teórica e metodológica de uma das clínicas do trabalho. *Fórum: Diálogos em Psicologia*, II(2), 55-76.
- Sousa, J.M., & Alves, E.D. (2015). Competências do enfermeiro para o cuidado paliativo na atenção domiciliar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(3), 264-26.
- Spínola, A.W.P. (1984). *Delphos: proposta tecnológica alternativa*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP.
- Stradiotti, J.M.M., Freire, H.B.G., Souza, J.C. & Rezende, C.L. (2014). Qualidade de vida e saúde geral dos Servidores Penitenciários do Estado de Mato Grosso do Sul. *Psicol inf*, 18(18), 47-70.
- Telles, A. L. & Alvarez, D. (2004). Interfaces ergonomia-ergologia: discussão sobre trabalho prescrito e normas antecedentes. In Figueiredo, M., Athayde, M., Brito, J., Alvarez, D. (orgs). (pp. 63-89). *Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A.
- Traesel, E.S. & Merlo, A.R.C. (2014). "Somos sobreviventes": vivências de servidores públicos de uma instituição de seguridade social diante dos novos modos de gestão e a precarização do trabalho na reforma gerencial do serviço público. *Cad Psicol Soc Trab*, 17(2), 224-238.
- Trinquet, P. (2010). Trabalho e educação: o método ergológico. *Revista HISTEDBR On-line*, número especial, 93-113.
- Toldrá, R. C., Daldon, M. T. B., Santos, M. C., & Lancman, S. (2010). Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - SP, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35(121), 10-22.
- Vargas, A.C., Santos, A.C.T., Souza, R.M. & Monteiro, C.A.S. (2017). Percepção dos usuários a respeito de um serviço de reabilitação profissional. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 42(11), 1-10.
- Vilas Boas, A.A. & Morin, E.M. (2017). Qualidade de Vida no Trabalho: Um Modelo Sistêmico de Análise. *Revista Administração em Diálogo*, 19(2), 62-90.
- Vilas Boas, A.A. & Pires, A.A.S. (2018). Indicadores de qualidade de vida no trabalho de docentes de instituições federais de ensino superior das regiões sudeste, centro-oeste e Distrito Federal. *Braz Ap Sci Rev.*,2(1), 19-51.
- Vivan, C.A. (2014). *Acolhimento de servidores públicos readaptados: uma questão de saúde do trabalhador*. Monografia de Especialização. Fundação Getúlio Vargas, São Paulo.

- Vogel, N., Schandelmaier, S., Zumbrunn, T., Ebrahim, S., de Boer, W.E.L., Busse, J.W. & Kunz, R. (2017). Return-to-work coordination programmes for improving return to work in workers on sick leave. *Cochrane Database Syst Rev*, 3.
- Zambroni-de-Souza, P.C. & Moraes, T.D. (2018). Reflexões sobre a dinâmica psíquica de trabalhadores afastados do trabalho. *Fractal: Rev de Psi.* 30(2), 103-111.
- World Health Organization. (2005). *The WHO Family of International Classifications*. Recuperado em 11 de maio de 2016, de <http://www.who.int/classifications/en>.
- Watanabe, M. & Gonçalves, R.M.A. (2004). Relações conceituais entre a Terapia Ocupacional e a Ergonomia. In LANCMAN, S. *Saúde, Trabalho e Terapia Ocupacional*. (p.19-71) São Paulo:Roca.
- Wright, J.T.C. & Giovinazzo, R.A. (2000). Delphi uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. *Cad. de Pesq. em Adm*, 1(12).

ANEXOS

ANEXO I
FATORES AMBIENTAIS: CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE
FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE

Capítulo 1 Produtos e tecnologia

- e110 Produtos ou substâncias para consumo pessoal
- e115 Produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária
- e120 Produtos e tecnologias destinados a facilitar a mobilidade e o transporte pessoal em espaços interiores e exteriores
- e125 Produtos e tecnologias para a comunicação
- e130 Produtos e tecnologias para a educação
- e135 Produtos e tecnologias para o trabalho
- e140 Produtos e tecnologias para a cultura, atividades recreativas e desportivas
- e145 Produtos e tecnologias para a prática religiosa e espiritualidade
- e150 Arquitetura, construção, materiais e tecnologias arquitetônicas em prédios para uso público
- e155 Arquitetura, construção, materiais e tecnologias arquitetônicas em prédios para uso privado
- e160 Produtos e tecnologias relacionados com a utilização e a exploração dos solos
- e165 Bens
- e198 Produtos e tecnologias, outros especificados
- e199 Produtos e tecnologias, não especificados

Capítulo 2 Ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo homem

- e210 Geografia física
- e215 População
- e220 Flora e fauna
- e225 Clima
- e230 Desastres naturais
- e235 Desastres causados pelo homem
- e240 Luz
- e245 Mudanças relacionadas com o tempo
- e250 Som
- e255 Vibração
- e260 Qualidade do ar
- e298 Ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo homem, outro especificado
- e299 Ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo homem, não especificado

Capítulo 3 Apoio e relacionamentos

- e310 Família próxima
- e315 Família alargada
- e320 Amigos
- e325 Conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade
- e330 Pessoas em posição de autoridade
- e335 Pessoas em posição subordinada
- e340 Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais
- e345 Estranhos
- e350 Animais domesticados

- e355 Profissionais de saúde
- e360 Outros profissionais
- e398 Apoio e relacionamentos, outros especificados
- e399 Apoio e relacionamentos, não especificados

Capítulo 4 Atitudes

- e410 Atitudes individuais de membros da família próxima
- e415 Atitudes individuais de membros da família alargada
- e420 Atitudes individuais de amigos
- e425 Atitudes individuais de conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade
- e430 Atitudes individuais de pessoas em posições de autoridade
- e435 Atitudes individuais de pessoas em posições subordinadas
- e440 Atitudes individuais de prestadores de cuidados pessoais e dos assistentes pessoais
- e445 Atitudes individuais de estranhos
- e450 Atitudes individuais de profissionais de saúde
- e455 Atitudes individuais de outros profissionais
- e460 Atitudes sociais
- e465 Normas, práticas e ideologias sociais
- e498 Atitudes, outras especificadas
- e499 Atitudes, não especificadas

Capítulo 5 Serviços, sistemas e políticas

- e510 Serviços, sistemas e políticas relacionados com a produção de bens de consumo
- e515 Serviços, sistemas e políticas relacionados com a arquitetura e a construção
- e520 Serviços, sistemas e políticas relacionados com o planeamento de espaços abertos
- e525 Serviços, sistemas e políticas relacionados com a habitação
- e530 Serviços, sistemas e políticas relacionados com os serviços de utilidade pública
- e535 Serviços, sistemas e políticas relacionados com a área da comunicação
- e540 Serviços, sistemas e políticas relacionados com os transportes
- e545 Serviços, sistemas e políticas relacionados com a proteção civil
- e550 Serviços, sistemas e políticas relacionados com a área jurídico-legal
- e555 Serviços, sistemas e políticas relacionados com associações e organizações
- e560 Serviços, sistemas e políticas relacionados com os meios de comunicação
- e565 Serviços, sistemas e políticas relacionados com a economia
- e570 Serviços, sistemas e políticas relacionados com a segurança social
- e575 Serviços, sistemas e políticas relacionados com o apoio social geral
- e580 Serviços, sistemas e políticas relacionados com a saúde
- e585 Serviços, sistemas e políticas relacionados com a educação e a formação profissional
- e590 Serviços, sistemas e políticas relacionados com o trabalho e o emprego
- e595 Serviços, sistemas e políticas relacionados com o sistema político
- e598 Serviços, sistemas e políticas, outros especificados
- e599 Serviços, sistemas e políticas, não especificados

ANEXO II
VERSÃO ORIGINAL
ANÁLISE DA PERFORMANCE NO TRABALHO

Nome:	Registro:	Data:
Ocupação:	Posto de Trabalho:	
Quadro:	Supervisor:	
1-Resumo da Atividade:		
2-Materiais de Consumo, Ferramentas e Equipamentos:		
3- Sequência dos passos principais: Atividade avaliada em conjunto com as exigências das tarefas		
Aspectos Físicos:	Exigência da Tarefa	Desempenho
Resistência para o trabalho em pé	M Md P N	
Resistência para o trabalho sentado	M Md P N	
Resistência para trabalho pesado	M Md P N	
Resistência para trabalho de horas seguidas / repetitivos	M Md P N	
Levantar e carregar objetos	M Md P N	
Puxar objetos	M Md P N	
Alcançar objetos	M Md P N	
Uso fino das mãos (pegar, segurar)		
Subir escadas	M Md P N	
Descer escadas	M Md P N	
Deslocar-se utilizando de algum equipamento	M Md P N	
Movimento MMSS	M Md P N	
Movimento MMII	M Md P N	
Movimento pescoço, tronco e coluna	M Md P N	
Agachar	M Md P N	
Ajoelhar	M Md P N	
Coordenação motora bimanual	M Md P N	
Coordenação viso motora	M Md P N	
Aspectos Cognitivos:		
Concentração	M Md P N	
Compreensão de ordens	M Md P N	
Atenção	M Md P N	
Memória	M Md P N	
Resolução de problemas – definir e avaliar o problema	M Md P N	
Aspectos Psicossociais:		
Interesse	M Md P N	
Motivação	M Md P N	
Vocabulário Técnico	M Md P N	
Habilidade para escrever e falar	M Md P N	
Recepção de mensagens verbais	M Md P N	
Recepção de mensagens não verbais	M Md P N	
Lidar com stress	M Md P N	
Relacionamento com grupo	M Md P N	
Relacionamento com supervisor / gerência	M Md P N	

Tarefas e Demandas Gerais:					
Realizar uma única Tarefa	M	Md	P	N	
Realizar tarefas múltiplas	M	Md	P	N	
Produtividade	M	Md	P	N	
Aspectos Sensoriais:					
Tátil	M	Md	P	N	
Visual	M	Md	P	N	
Olfativo	M	Md	P	N	
Auditivo	M	Md	P	N	
Gustativo	M	Md	P	N	
Estrutura, Hábitos e Atitudes de Trabalho:					
Trabalho individual	M	Md	P	N	
Trabalho coletivo	M	Md	P	N	
Trabalho individual e coletivo	M	Md	P	N	
Assiduidade	M	Md	P	N	
Pontualidade	M	Md	P	N	
Disciplina	M	Md	P	N	
Cooperação	M	Md	P	N	
Responsabilidade	M	Md	P	N	
Capacidade Organização dos materiais	M	Md	P	N	
Limpeza do material e/ou setor	M	Md	P	N	
Segurança no Trabalho:					
Equipamento de Proteção	M	Md	P	N	
Considerações:					

Exigência da Tarefa:		
M	Muito	Significa uma exigência completa para realização da tarefa
Md	Moderado	Significa uma exigência moderada para a realização da tarefa
P	Pouco	Significa uma exigência leve para a realização da tarefa
N	Nenhuma	Significa uma exigência indiferente para a realização da tarefa
Desempenho		
0	Nenhuma dificuldade	Significa que o trabalhador não apresenta problema
1	Dificuldade leve	Significa um problema que está presente menos que 25%, que não interfere no trabalho.
2	Dificuldade moderada	Significa um problema que está presente em menos de 50%, que interfere parcialmente no trabalho.
3	Dificuldade completa	Significa um problema que está presente 95% que interfere totalmente no trabalho.
4	Não aplicável	Significa que é inapropriado a sua aplicação.

Exigência na Tarefa	Desempenho
M	0, 1
Md	0,1,2
P	0,1,2,3
N	0,1,2,3,4

APÊNDICES

APÊNDICE I



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Termo de Autorização

Encontra-se em andamento a pesquisa intitulada “Debates acerca da reinserção no trabalho de servidores federais com restrição laboral: a contribuição da CIF, da ergologia e da ergonomia”. Meu nome é **Danielle Constancia F. Macedo**, sou terapeuta ocupacional, aluna do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo. Para conclusão de meu doutorado, com a orientação da professora Dra. Priscilla de Oliveira Martins-Silva, estou fazendo uma pesquisa para entender melhor os processos de retorno ao trabalho de pessoas com algum tipo de incapacidade/restrrição por motivo de saúde. Para tanto, estou entrevistando servidores com laudo restritivo, colegas de trabalho e chefias de diversos setores da universidade. As informações que pretendo obter poderão ajudar os profissionais da área da Saúde do Trabalhador que prestam assistência a servidores federais em contextos universitários a (re)avaliar, melhorar e/ou ampliar o escopo de ações e projetos voltados para a reinserção de pessoas com limitações funcionais no trabalho no âmbito do cenário acadêmico. Se o(a) senhor(a) puder colaborar, gostaria que autorizasse que algumas questões que estão formuladas em um roteiro possam ser direcionadas, através de entrevista individual, a um servidor (colega de trabalho e/ou chefia) de um setor no qual o(a) senhor(a) já tenha trabalhado após a emissão do laudo restritivo. Afirmando que não existem respostas certas ou erradas, apenas busca-se conhecer um pouco das experiências relacionadas ao dia-a-dia de trabalho na universidade na circunstância que envolve o cumprimento de laudos restritivos. Ressalto que essa pesquisa segue padrões éticos e deixo claro que os dados de identificação de todos participantes são rigorosamente sigilosos. Desse modo, os resultados obtidos da pesquisa serão publicados na tese, em periódicos e eventos científicos, sendo que nenhum participante da pesquisa será identificado(a) em nenhum momento. O estudo trará como benefícios uma maior compreensão sobre o processo de reinserção de servidores públicos federais com restrição laboral, o que colaborará com o desenvolvimento de práticas e políticas voltadas para a promoção à saúde e a prevenção de agravos de servidores com limitações funcionais. Não haverá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada lhe será pago pela participação. Os riscos que estão relacionados à participação nessa pesquisa são discretos, pois apenas será solicitado que servidores com laudo restritivo, colegas de trabalho e chefias relatem verbalmente e voluntariamente suas opiniões e experiências. Garanto ao participante ressarcimento em caso de dano decorrente da pesquisa, bem como informo que esse termo será assinado por mim e pelo senhor(a) em duas vias, sendo que uma ficará o senhor(a). Em caso de dúvidas, procurar o pesquisador pelo telefone (31) 3373-6314 ou pelo e-mail danielle.cfm@gmail.com. Em caso de denúncias e/ou intercorrências na pesquisa procurar o Comitê de Ética em Pesquisa pelo telefone (27) 3145-9820, pelo e-mail cep.goiabeiras@gmail.com, pessoalmente ou pelo correio, no seguinte endereço: Av. Fernando Ferrari, 514, Campus Universitário, sala 07 do Prédio Administrativo do Centro de Ciência Humanas e Naturais, Goiabeiras, Vitória - ES, CEP 29.090-075. Após estes esclarecimentos, solicito sua autorização para que a pesquisa seja realizada com algum servidor de um setor no qual o(a) senhor(a) já tenha trabalhado após a emissão do laudo restritivo. Por favor, preencha os itens que se seguem:

Eu, _____, RG _____, após receber as informações sobre a pesquisa com o título provisório “Debates acerca da reinserção no trabalho de servidores federais com restrição laboral: a contribuição da CIF, da ergologia e da ergonomia” autorizo a pesquisadora a convidar para participação neste estudo servidor(es) do meu atual setor de trabalho ou de um local no qual já trabalhei após a emissão do laudo restritivo. Estou ciente dos meus direitos abaixo relacionados:

- ✓ a garantia de receber informações a qualquer dúvida relacionada com a pesquisa;
- ✓ a segurança de nenhum participante ser identificado, mantendo o anonimato das informações e a garantia de que estas serão mantidas e utilizadas somente para fins de pesquisa;
- ✓ o conhecimento que nenhum participante receberá qualquer incentivo financeiro para participação na pesquisa;
- ✓ a segurança de que não terei nenhum prejuízo ou punição, de qualquer natureza, por autorizar ou não a realização dessa pesquisa com um servidor do meu setor de trabalho;

Autorizo, livremente, a pesquisadora a convidar participantes para este estudo, conforme os termos acima estabelecidos.

Belo Horizonte, Minas Gerais, _____ de _____ de _____.

Danielle Constancia F. Macedo

Participante

APÊNDICE II

ROTEIRO PARA A ENTREVISTA

Data da entrevista:	Sexo:
Iniciais:	Data de Nascimento:
Contato:	Idade:
Escolaridade:	
Filhos?	
Outro vínculo?	

Data de admissão:
 Cargo:
 Setor atual:
 Tempo no setor:
 Se chefe, há quanto tempo nesse setor?

Tópicos guia (entrevista semiestruturada) específico para cada categoria de participantes A, B e C.

A) Servidor com laudo restritivo

- 1) Conte-me sobre suas principais experiências de sua vida profissional.
- 2) Como foi para você o período em que esteve afastado do trabalho?
- 3) Como vivenciou a expectativa do(s) exame(s) pericial(is) e a expectativa de retornar ao trabalho?
- 4) Conte-me como foi seu retorno ao trabalho após o período de afastamento para tratamento de sua saúde.
- 5) Houve alguma redefinição de suas tarefas em função de sua saúde? Como se deu esse processo?
- 6) A sua condição de saúde interferiu no desempenho de suas tarefas de trabalho em algum aspecto que acredita ser relevante? (relacionamento com chefia, com colegas, definição de funções e atribuições, capacidade para o trabalho, condições de trabalho)
- 7) Você considera que existiram/existem fatores que tenham contribuído no seu processo de reinserção no trabalho?
- 8) Você considera que existiram/existem fatores que não tenham contribuído ou que dificultaram seu processo de reinserção no trabalho?

B) Servidores sem laudo restritivo em setor aonde há ou houveram pessoas nessa condição

- 1) Conte-me sobre suas principais experiências de sua vida profissional.
- 2) Como foi para você o período de afastamento para tratamento de saúde de seu(s) colega(s) de trabalho?
- 3) Como vivenciou a expectativa do(s) colega(s) retornarem ao trabalho?
- 4) Conte-me como foi o retorno ao trabalho do(s) colega(s) após o período de afastamento para tratamento de sua saúde.
- 5) Conte-me como é, para você, trabalhar na universidade com um colega com algum tipo de dificuldade/restrição por motivo de saúde.
- 6) Você esteve presente ou tem informações do período do retorno após o afastamento? Houve alguma (re)definição das tarefas do(s) servidor(es) em função de sua condição de saúde? Como se deu esse processo?

7) Você acredita que a condição de saúde do(s) servidor(es) interferiu no desempenho de suas tarefas de trabalho em algum aspecto que você considera relevante? (relacionamento com chefia, com colegas, definição de funções e atribuições, capacidade para o trabalho, condições de trabalho). Como os servidores de modo geral, a chefia e o setor com restrição lidaram com isso?

8) Você considera que existiram/existem fatores que tenham contribuído no processo de reinserção no trabalho de seu(s) colega(s)?

9) Você considera que existiram/existem fatores que não tenham contribuído ou que dificultaram o processo de reinserção no trabalho de seu(s) colega(s)?

C) Chefias de setores em que há servidores com laudo restritivo

1) Conte-me sobre suas principais experiências de sua vida profissional.

2) Como foi para você o período de afastamento para tratamento de saúde de servidor(es) chefiados por você?

3) Como vivenciou a expectativa de retornar(em) ao trabalho?

4) Conte-me como foi o retorno ao trabalho do servidor(es), que após o período de afastamento para tratamento de sua saúde, retornou(aram) com alguma restrição médica.

5) Você esteve presente ou tem informações do período do retorno após o afastamento?. Houve alguma (re)definição das tarefas do(s) servidor(es) em função de sua condição de saúde? Como se deu esse processo?

6) Você acredita que a condição de saúde do(s) servidor(es) interferiu(iram) no desempenho de suas tarefas de trabalho em algum aspecto que você considera relevante? (relacionamento com chefia, com colegas, definição de funções e atribuições, capacidade para o trabalho, condições de trabalho). Como você lidou com isso? Como os envolvidos lidaram com isso?

7) Você considera que existiram/existem fatores que tenham contribuído no processo de reinserção no trabalho desse(s) servidor(es)?

8) Você considera que existiram/existem fatores que não tenham contribuído ou que dificultaram o processo de processo de reinserção no trabalho desse(s) servidor(es)?

APÊNDICE III



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Termo De Consentimento Livre e Esclarecido

O(a) senhor(a) está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Debates acerca da reinserção no trabalho de servidores federais com restrição laboral: a contribuição da CIF, da ergologia e da ergonomia”. Meu nome é **Danielle Constancia F. Macedo**, sou terapeuta ocupacional, aluna do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo. Para conclusão de meu doutorado, com a orientação da professora Dra. Priscilla de Oliveira Martins-Silva, estou fazendo uma pesquisa para entender melhor os processos de retorno ao trabalho de pessoas com algum tipo de incapacidade/restrrição por motivo de saúde. Para tanto, estou entrevistando servidores de diversos setores da universidade.

As informações que pretendo obter poderão ajudar os profissionais da área da Saúde do Trabalhador que prestam assistência a servidores federais em contextos universitários a (re)avaliar, melhorar e/ou ampliar o escopo de ações e projetos voltados para a reinserção de pessoas com limitações funcionais no trabalho no âmbito do cenário acadêmico.

Se o(a) senhor(a) puder colaborar, gostaria que respondesse a algumas questões que estão formuladas em um roteiro. Afirmando que não existem respostas certas ou erradas, apenas gostaria de conhecer um pouco de suas experiências relacionadas ao dia-a-dia de trabalho na universidade. Apenas se houver necessidade, entrarei em contato em outro momento para esclarecer algum ponto da entrevista.

Gostaria de gravar nossa conversa para não perder as informações. Informo ao(a) senhor(a) que essa gravação não será mostrada a ninguém e após a sua transcrição, ela será apagada. Além disso, ressalto que essa pesquisa segue padrões éticos e deixo claro que os dados de identificação de todos os participantes são rigorosamente sigilosos. Desse modo, os resultados obtidos da pesquisa serão publicados na tese, em periódicos e eventos científicos, sendo que, o(a) senhor(a) não será identificado(a) em nenhum momento.

O estudo trará como benefícios uma maior compreensão sobre o processo de reinserção de servidores públicos federais com restrição laboral, o que colaborará com o desenvolvimento de práticas e políticas voltadas para a promoção à saúde e a prevenção de agravos de servidores com limitações funcionais. O(a) senhor(a) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada lhe será pago por sua participação.

Os riscos que estão relacionados à sua participação nessa pesquisa são discretos, pois apenas será solicitado que o(a) senhor(a) relate verbalmente e voluntariamente suas opiniões e experiências. Para minimizar isso, afirmo que se o(a) senhor(a) não quiser responder a alguma pergunta sua vontade será respeitada e também poderá encerrar sua participação no momento em que achar necessário, sem qualquer prejuízo. Garanto ao senhor(a) ressarcir-lo(a) em caso de dano decorrente da pesquisa, bem como informo que esse termo será assinado por mim e pelo senhor(a) em duas vias, sendo que uma ficará com o senhor(a).

Em caso de dúvidas, procurar o pesquisador pelo telefone (31) 3373-6314 ou pelo email danielle.cfm@gmail.com. Em caso de denúncias e/ou intercorrências na pesquisa procurar o Comitê de Ética em Pesquisa pelo telefone (27) 3145-9820, pelo e-mail cep.goiabeiras@gmail.com, pessoalmente ou pelo correio, no seguinte endereço: Av.

Fernando Ferrari, 514, Campus Universitário, sala 07 do Prédio Administrativo do Centro de Ciência Humanas e Naturais, Goiabeiras, Vitória - ES, CEP 29.090-075.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre e esclarecida para a sua participação nesta pesquisa. Por favor, preencha os itens que se seguem:

Eu, _____, após receber as informações sobre a pesquisa com o título provisório “Debates acerca da reinserção no trabalho de servidores federais com restrição laboral: a contribuição da CIF, da ergologia e da ergonomia” concordo em participar deste estudo e estou ciente dos meus direitos abaixo relacionados:

- ✓ a garantia de receber informações a qualquer dúvida relacionada com a pesquisa;
- ✓ a liberdade de deixar de participar da pesquisa a qualquer momento;
- ✓ a segurança de não ser identificado, mantendo o anonimato das informações e a garantia de que estas serão mantidas e utilizadas somente para fins de pesquisa;
- ✓ o conhecimento que não receberei qualquer incentivo financeiro pela minha participação na pesquisa;
- ✓ a segurança de que não terei nenhum prejuízo ou punição, de qualquer natureza, por participar ou não desta pesquisa;

Tenho ciência do exposto e manifesto, livremente, meu desejo em participar da pesquisa.
Belo Horizonte, MG, _____ de _____ de _____.

Danielle Constancia F. Macedo

Participante

APÊNDICE IV
CRITÉRIOS PARA A SELEÇÃO DE EXPERTS

CRITÉRIOS PARA A SELEÇÃO DE EXPERTS NA PRESENTE PESQUISA	
Critérios de Fehring (1994)	Adaptação para o escopo da pesquisa
Ter pesquisas publicadas sobre diagnóstico ou conteúdo relevante (2p)	Ter pesquisas publicadas em temáticas no campo da Saúde do Trabalhador (2p)
Ter capacitação (especialização) em área clínica relevante ao diagnóstico de interesse (2p)	Especialização lato senso em Saúde Coletiva ou em áreas afins (Psicologia, Medicina, Ciências da Reabilitação, Ergonomia, Engenharia de Produção, Fisiologia), sendo o Trabalho de Conclusão de Curso circunscrito ao campo da Saúde do Trabalhador (2p)
Ser mestre em enfermagem, com dissertação na área de interesse de diagnóstico (1p)	Mestrado em Saúde Coletiva ou em áreas afins (Psicologia, Medicina, Ciências da Reabilitação, Ergonomia, Engenharia de Produção, Fisiologia), sendo dissertação circunscrita ao campo da Saúde do Trabalhador (1p)
Ter doutorado em enfermagem, com a tese na área de interesse de diagnóstico (2p)	Doutorado em Saúde Coletiva ou em áreas afins (Psicologia, Medicina, Ciências da Reabilitação, Ergonomia, Engenharia de Produção, Fisiologia), sendo a tese circunscrita ao campo da Saúde do Trabalhador (2p)
Ter artigo publicado sobre diagnóstico em periódico indexado (2p)	Ter artigo(s) publicado(s) em temáticas no campo da Saúde do Trabalhador, em periódico indexado (2p)
Ter prática clínica recente, de no mínimo, um ano na temática abordada (2p)	Experiência prática em Serviços de Saúde do Trabalhador em instituições públicas ou privadas, por no mínimo 1 ano (2p)
Ponto de corte = 5	Ponto de corte = 5

APÊNDICE V
QUESTIONÁRIO – APRECIÇÃO DOS ESPECIALISTAS DA
VERSÃO MODIFICADA DA APT

Prezado(a) terapeuta ocupacional, por favor, antes de responder a esse questionário leia atentamente os arquivos enviados para seu email: (1) versão original da APT, (2) versão modificada-APT-2, (3) Manual da APT-2 e (4) CIF. Caso não os tenha recebido, por favor, entre em contato com a pesquisadora pelo email aptcoleta@gmail.com. Após a leitura crítica desses materiais, você deve julgar os quesitos abaixo elencados, contribuindo com o aprimoramento do questionário APT. Consulte o material sempre que necessário para garantir a precisão de seu julgamento, sendo importante dar retorno à pesquisadora conforme o cronograma da pesquisa. Novamente, agradeço por sua disponibilidade.

O cumprimento dos prazos determinados para o bom andamento da pesquisa depende diretamente da colaboração dos especialistas selecionados para o estudo, no sentido de, dentro de suas possibilidades, seguir o cronograma abaixo proposto. A pesquisadora analisará o conjunto de respostas de todos os TOs a cada rodada, realizando as modificações propostas e, em seguida, enviará novamente o formulário com as alterações sugeridas para avaliação dos participantes. Esse processo será repetido até que seja identificado um consenso final por parte dos especialistas acerca da versão modificada da APT. **ATENÇÃO!** O participante só deve retornar dentro do prazo previsto. Caso um participante não tenha oportunidade de retornar no prazo, não será excluído do estudo, apenas não participará daquela fase. Ele receberá novamente a proposta de contribuir na fase seguinte. Lembrando que quanto maior o número de participantes que retornarem no prazo, maior o peso da análise realizada. Reforçando a gratidão pela disponibilidade dos especialistas selecionados para participar desse estudo, a pesquisadora conta com a colaboração de cada um para cumprir o cronograma proposto.

VERSÃO ORIGINAL DA APT

- 1- a) Você já conhecia a APT? () sim () não
 - b) Em que ano você conheceu a APT (mesmo que não tenha iniciado seu uso de imediato)?
 - c) Descreva brevemente como chegou ao seu conhecimento.
 - d) Trata-se da mesma versão que lhe foi enviada pela pesquisadora?
() sim () não. Nesse caso, por favor, envie à pesquisadora a versão que possui.
 - e) Você tem conhecimento se a APT possui manual de utilização ou algum tipo de material anexo?
() sim. Nesse caso, por favor envie a pesquisadora o material que possui. () não
 - f) Tem informação sobre quem é(são) seu(s) autor(es), ano de elaboração, divulgação e/ou qualquer outra informação sobre seu processo de criação?
() sim Nesse caso, por favor envie para a pesquisadora as informações que possui. (aptcoleta@gmail.com)
() não
- 2- a) Já utilizou a APT ou a utiliza em sua prática profissional? () sim () não

Por quanto tempo (em anos)?

 - b) Descreva o(s) objetivo(s) e o(s) contexto(s) da(s) demanda(s) de uso da APT na sua prática profissional.
 - c) É importante saber como você avalia o uso da APT na sua prática profissional até o momento. Por favor, enumere pontos positivos.

- d) É importante saber como você avalia o uso da APT na sua prática profissional até o momento. Por favor, enumere pontos negativos.

3- Você considera pertinente a elaboração de um manual para nortear o uso do formulário?

☐ sim ☐ não

Comentários (opcional):

VERSÃO MODIFICADA (APT-2)

1- O objetivo principal do formulário é produzir dados adicionais a um processo amplo de avaliação em Saúde do Trabalhador voltado para a análise da compatibilidade entre a dinâmica das exigências de um dado trabalho e aspectos da *funcionalidade/incapacidade* de quem o realiza. Considera essa delimitação adequada?

☐ sim ☐ não

Comentários/sugestões (opcional):

2- Os itens da APT-2 foram agrupados em duas grandes categorias: (1) aspectos físicos e (2) aspectos cognitivos e psicossociais. Não se optou por separar a categoria (2) para não configurar uma distinção, por vezes, arbitrária. Você concorda com essa forma de organizar as categorias gerais do formulário APT-2?

☐ sim ☐ não

Comentários/sugestões (opcional):

- Os itens da APT-2 foram agrupados em duas grandes categorias: (1) aspectos físicos e (2) aspectos cognitivos e psicossociais. Você concorda com essa terminologia?

☐ sim ☐ não. Não. Deixe sua sugestão abaixo.

Comentários/sugestões (opcional):

3-A APT-2 apresenta uma pré-seleção de itens da CIF elencados para nortear a análise realizada no processo de observação da *atividade de trabalho*, de modo a, em linhas gerais, abarcar diferentes ramos de atividades profissionais/cargos/funções. Essa seleção contemplou itens referentes aos componentes “funções do corpo” e “atividade e participação” da CIF. A ideia é que esses itens sejam uma “estrutura base” para o formulário, mas que o avaliador possa eliminar e/ou acrescentar outros itens da CIF, conforme considerar necessário para a análise da demanda em questão. Dessa forma, este formulário apresentaria flexibilidade para sua utilização, no que tange aos itens a serem avaliados, de modo a ser uma ferramenta aplicável em diferentes contextos de trabalho e processos de adoecimento.

Você concorda com a ideia de se ter uma lista de itens da CIF que componha uma “estrutura base” do formulário, mas que permita flexibilidade de ser modificada? (A edição poderia ser realizada nas linhas que compõe a planilha).

☐ sim ☐ não

Comentários/sugestões (opcional):

Considerando todas as “funções do corpo” e “atividade e participação” que compõem a CIF e os itens selecionados pela pesquisadora para a “estrutura base” da APT-2 (ver planilha), você incluiria ou retiraria algum item?

☐ sim. Especifique:

☐ não.

4- As escalas da APT-2 (tabela abaixo) baseiam-se nos *qualificadores* tal como proposto pela CIF e buscou alcançar maior grau de proximidade com a CIF do que a versão original. Também buscou-se a utilização de palavras/termos que apresentem maior congruência conotativa na leitura e interpretação dos resultados numéricos (qualificadores) com os itens avaliados: E.A.T. e D.D.

EXIGÊNCIA DA ATIVIDADE DE TRABALHO (E.A.T.)	← QUALIFICADOR →		DIFICULDADE PARA O DESEMPENHO (D.D.)
NENHUMA exigência (ausente, escassa...)	0	0-4%	NENHUMA dificuldade (nenhuma, ausente, escassa...)
Exigência LEVE (ligeira, baixa...)	1	5-24%	Dificuldade LEVE (ligeira, baixa...)
Exigência MODERADA (média, regular...)	2	25-49%	Dificuldade MODERADA (média, regular...)
Exigência ALTA (grave, extrema...)	3	50-95%	Dificuldade EXTREMA (grave, alta...)
Exigência COMPLETA (total...)	4	96-100%	Dificuldade COMPLETA (total...)
Não especificada	8	NE	Não especificada
Não aplicável	9	NA	Não aplicável

Na sua avaliação, houve maior aproximação com a CIF se comparado à versão original?

() sim

() não

Comentários/sugestões (opcional):

Você concorda com essa alteração da escala, comparando a APT-1 e a proposta da APT-2?

() sim () não

Comentários/sugestões (opcional):

5- A APT-2 propõe um cálculo simples entre os qualificadores com objetivo de sustentar os conceitos de “Indicador de Risco” e de “Margem de Tolerância” descritos na proposta do manual.

Você concorda com a proposta de inserção dos conceitos “Indicador de Risco” e de “Margem de Tolerância” ?

() sim () não

Comentários/sugestões (opcional):

Você concorda com a proposta desse cálculo simples?

() sim () não

Comentários/sugestões (opcional):

Você concorda com os valores de dificuldade de desempenho (D.D) determinados como aceitáveis para cada intensidade de exigências da atividade de trabalho (E.A.T.)?

() sim () não

Comentários/sugestões (opcional):

Sobre a terminologia proposta:

☐ Estou de acordo.

☐ Tenho sugestões.

Comentários/sugestões (opcional):

6- Sem estar inserido num contexto de avaliação amplo a APT-2 perde seu alcance por não estar em diálogo com outros dados essenciais para melhor definição de *qualificadores*. Esses últimos, na APT são a ferramenta para se graduar a dificuldade de desempenho (D.D.) e as exigências da atividade de trabalho (E.A.T.).

Você considera a descrição acima sobre o alcance da APT-2 presente no tópico “apresentação” do manual suficiente, pertinente e clara?

☐ sim ☐ não

Comentários/sugestões (opcional):

7- Você está de acordo com as possibilidades de uso da APT-2 descritas no tópico “apresentação” do manual?

☐ sim ☐ não

Comentários/sugestões (opcional):

8- Na sua avaliação, o uso do formulário APT contribui para a atuação do terapeuta ocupacional no campo da Saúde do Trabalhador?

☐ sim ☐ não

Comentários/sugestões (opcional):

9- Avalie a aplicabilidade do formulário para a atuação do terapeuta ocupacional no campo da Saúde do Trabalhador.

☐ Não aplicável

☐ Pouco aplicável

☐ Razoavelmente aplicável

☐ Muito aplicável

☐ Completamente aplicável

9- Avalie a importância do formulário para a atuação do terapeuta ocupacional no campo da Saúde do Trabalhador.

☐ Sem importância

☐ Pouco importante

☐ Razoavelmente importante

☐ Muito importante

10- Campo para outros comentários/sugestões/críticas acerca da APT-2.

SOBRE O MANUAL

Considera sua linguagem suficientemente clara/adequada?

☐ sim ☐ não

Comentários/sugestões (opcional):

Existe algum trecho que pode gerar dúvida na interpretação ou ter sua redação melhorada?
() sim () não

Por favor, deixe sua proposta para melhoria da redação.

O formato/conteúdo do manual é capaz de orientar seu uso?

() sim () não

Comentários/sugestões (opcional):

Campo para outros comentários/sugestões/críticas acerca do manual da APT-2.

APÊNDICE VI



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Termo De Consentimento Livre e Esclarecido

O(a) senhor(a) está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Debates acerca da reinserção no trabalho de servidores federais com restrição laboral: a contribuição da CIF, da ergologia e da ergonomia”. Meu nome é **Danielle Constancia F. Macedo**, sou terapeuta ocupacional, aluna do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo. Para conclusão de meu doutorado, com a orientação da professora Dra. Priscilla de Oliveira Martins-Silva, estou fazendo uma pesquisa para propor o uso e o aprimoramento de um formulário pertencente ao campo da Saúde do Trabalhador. Para tanto, estou convidando profissionais especialistas na área, atuantes em serviços públicos ou privados para participar de um estudo de consenso referente ao formulário.

A colaboração de profissionais da área é essencial para a definição de aspectos do conteúdo e da viabilidade do uso desse formulário como ferramenta adicional à análise do desempenho do trabalhador frente às exigências de suas atividades de trabalho. Esse formulário poderá contribuir na complementaridade desse processo de análise envolvido no cotidiano de muitos profissionais da área da Saúde do Trabalhador, favorecendo processos de (re)inserção no trabalho de pessoas com limitações funcionais.

Se o(a) senhor(a) puder colaborar, gostaria que avaliasse as modificações propostas na versão original do formulário, o manual elaborado para nortear sua utilização e a planilha construída para seu preenchimento. É importante atestar sobre a clareza e a pertinência de seu conteúdo, bem como o alcance do objetivo proposto para a utilização do formulário. Para tanto, foi elaborado um questionário contendo algumas questões objetivas e abertas acerca desse material. Afirmo que não existem respostas certas ou erradas, sendo que você está sendo convidado a participar da construção de um consenso que reunirá o parecer anônimo de profissionais atuantes na área. O conjunto do retorno obtido por parte dos especialistas será compilado e novamente enviado aos mesmos, até que se identifique consenso. A pesquisadora fará contato preferencialmente por email com os participantes. Somente se necessário e com o consentimento do participante, poderá fazer contato por telefone em horários e datas combinados conforme a disponibilidade do mesmo. Afirmo que o(a) senhor(a) poderá encerrar sua participação a qualquer momento, sem quaisquer prejuízo.

Informo que essa pesquisa segue padrões éticos e deixo claro que os dados de identificação de todos participantes são rigorosamente sigilosos. Desse modo, os resultados obtidos da pesquisa serão publicados na tese, em periódicos e/ou eventos científicos, sendo que, o(a) senhor(a) não será identificado(a) em nenhum momento.

O estudo trará como benefício a proposição de um formulário que complementarará o escopo de ferramentas de avaliação da Terapia Ocupacional no campo da saúde do trabalhador, com aplicabilidade nos processos de (re)inserção no trabalho de pessoas com limitações funcionais. O(a) senhor(a) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada lhe será pago por sua participação.

Os riscos que estão relacionados à sua participação nessa pesquisa são discretos, pois apenas será solicitado que o(a) senhor(a) relate por escrito e voluntariamente seu parecer sobre o formulário. Para minimizar isso, afirmo que se o(a) senhor(a) não quiser responder a alguma pergunta sua vontade será respeitada e também poderá encerrar sua participação no

momento em que achar necessário, sem qualquer prejuízo. Garanto ao senhor(a) ressarcir-lo(a) em caso de dano decorrente da pesquisa.

Em caso de dúvidas, procurar o pesquisador pelo telefone (31) 3373-6314 ou pelo email aptcoleta@gmail.com. Em caso de denúncias e/ou intercorrências na pesquisa procurar o Comitê de Ética em Pesquisa pelo telefone (27) 3145-9820, pelo e-mail cep.goiabeiras@gmail.com, pessoalmente ou pelo correio, no seguinte endereço: Av. Fernando Ferrari, 514, Campus Universitário, sala 07 do Prédio Administrativo do Centro de Ciência Humanas e Naturais, Goiabeiras, Vitória - ES, CEP 29.090-075.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre e esclarecida para a sua participação nesta pesquisa. Selecione a opção que corresponde ao seu consentimento ou não para participação nessa pesquisa. Não se esqueça de clicar em "ENVIAR" após responder a questão.

() Após receber as informações sobre a pesquisa com o título provisório “Debates acerca da reinserção no trabalho de servidores federais com restrição laboral: a contribuição da CIF, da ergologia e da ergonomia”, concordo em participar deste estudo e estou ciente dos meus direitos: a garantia de receber informações a qualquer dúvida relacionada com a pesquisa; a liberdade de deixar de participar da pesquisa a qualquer momento; a segurança de não ser identificado, mantendo o anonimato das informações e a garantia de que estas serão mantidas e utilizadas somente para fins de pesquisa; o conhecimento que não receberei qualquer incentivo financeiro pela minha participação na pesquisa; a segurança de que não terei nenhum prejuízo ou punição, de qualquer natureza, por participar ou não desta pesquisa. Tenho ciência do exposto e manifesto, livremente, meu desejo em participar da pesquisa.

() Não consinto participar dessa pesquisa.

APÊNDICE VII
ANÁLISE DA PERFORMANCE NO TRABALHO-VERSÃO FINAL

FOLHA DE ROSTO - ANÁLISE DA PERFORMANCE NO TRABALHO	
Nome	
Contato	
Cargo	
Posto de Trabalho	
Chefia(s)/contato	
→ Descrição das principais etapas da(s) atividade(s) de trabalho do cargo, bem como das variabilidades envolvidas na sua execução, os materiais, as ferramentas e os equipamentos utilizados.	

TABELA - ANÁLISE DA PERFORMANCE NO TRABALHO (APT)								
Obs-1: _____	E.A.T.	E.A.T.	D.D.	D.D.	I.R.	I.R.	M.T.	M.T.
Total-1: _____	1	2	1	2	1	2	1	2
Obs-2: _____								
Total-2: _____								
Aspectos Físicos:								
Cap.7	Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas com o movimento							
b710	Funções da mobilidade de MMSS							
b710	Funções da mobilidade de MMII							
b710	Funções da mobilidade da coluna							
b740	Funções da resistência muscular para o trabalho repetitivo							
b749	Funções musculares para o trabalho							
b760	Funções de controlo do movimento voluntário							
Cap.4	Atividades e Participação-Mobilidade							
d4153	Permanecer sentado							
d4154	Permanecer de pé							
d430	Levantar e transportar objetos							
d440	Utilização de movimentos finos da mão							
d4452	Alcançar							
d4450	Puxar							
d4451	Empurrar							
d4453	Rodar ou torcer as mãos ou os braços							
d450	Andar							
d4551	Subir/descer							
d4105	Curvar-se							
d4101	Agachar-se							
d4102	Ajoelhar-se							
Cap. 2	Funções sensoriais e dor							
b210	Funções da visão							
b230	Funções auditivas							
b250	Função gustativa							
b255	Função olfactiva							
b265	Função tátil							
b235	Funções vestibulares							
b260	Função proprioceptiva							
Cap.4	Funções e sensações adicionais dos aparelhos cardiovascular e respiratório							
b4552	Fatigabilidade							
Aspectos Cognitivos e psicossociais:								
Cap.1	Funções mentais							
b140	Funções da atenção							
b144	Funções da memória							
b1262	Responsabilidade							
b1266	Segurança							
b1301	Motivação							
b1300	Nível de energia							
b1646	Resolução de problemas							
b1641	Organização e planeamento							
b1642	Gestão do tempo							
b1643	Flexibilidade cognitiva							
b1261	Amabilidade							
Cap.3	Atividades e Participação - Comunicação							
d310	Comunicar e receber mensagens orais							
d315	Comunicar e receber mensagens não verbais							
d325	Comunicar e receber mensagens escritas							
d3550	Discussão com uma pessoa							
d3551	Discussão com várias pessoas							

APT - continuação		E.A.T. 1	E.A.T. 2	D.D. 1	D.D. 2	I.R. 1	I.R. 2	M.T. 1	M.T. 2
Aspectos Cognitivos e psicossociais:									
Cap.7	Atividades e Participação - Interações e relacionamentos interpessoais								
d7202	Regular os comportamentos nas interações								
d7203	Interagir de acordo com as regras sociais								
d7204	Manter o espaço social								
d740	Relacionamento formal								
Cap.2	Atividades e Participação - Tarefas e exigências gerais								
d2102	Realizar uma única tarefa (independente)								
d2103	Realizar uma única tarefa (em grupo)								
d2202	Executar tarefas múltiplas (independente)								
d2203	Executar tarefas múltiplas (em grupo)								
d230	Executar a rotina diária								
d240	Lidar com o stresse e outras exigências psicológicas								
Cap.1	Atividades e Participação - Aprendizagem e aplicação de conhecimentos								
d110	Observar								
d175	Resolver problemas								
d177	Tomar decisões								

ANÁLISE DA PERFORMANCE TRABALHADOR	EXIGÊNCIA DA ATIVIDADE DE TRABALHO (E.A.T.)	← QUALIFICADOR →		DIFICULDADE PARA O DESEMPENHO (D.D.)
	NENHUMA exigência (ausente, escassa...)	0	0-4%	NENHUMA dificuldade (nenhuma, ausente, escassa...)
	Exigência LEVE (ligeira, baixa...)	1	5-24%	Dificuldade LEVE (ligeira, baixa...)
	Exigência MODERADA (média, regular...)	2	25-49%	Dificuldade MODERADA (média, regular...)
	Exigência ALTA (grave, extrema...)	3	50-95%	Dificuldade ALTA (grave, extrema...)
	Exigência COMPLETA (total...)	4	96-100%	Dificuldade COMPLETA (total...)
	Não especificada	8	NE	Não especificada
	Não aplicável	9	NA	Não aplicável
	INDICADOR DE RISCO (IR) = (E.A.T.) x (D.D.)			
	E.A.T.	D.D.		MARGEM DE TOLERÂNCIA do IR (M.T)
	0* (0-4%)	0, 1, 2, 3		0, 1, 2, 3 (1*x0=0; 1*x1=1; 1*x2=2; 1*x3=3)
	1 (5-24%)	0, 1, 2		0, 1, 2 (1x0=0; 1x1=1; 1x2=2)
	2 (25-49%)	0, 1, 2		0, 1, 4 (2x0=0; 2x1=2; 2x2=4)
	3 (50-95%)	0, 1		0, 3 (3x0=0; 3x1=3)
	4 (96-100%)	0*		4 (4x1=4)
	*neste caso, os cálculos envolvendo o qualificador "0" deve-se considerar o valor "1"			
	RESULTADO	INDICADOR	AÇÃO	
	ABAIXO DA MARDEM DE TOLERÂNCIA	SEGURO	Promoção e prevenção	
	LIMITE DA MARGEM TOLERÂNCIA:	ATENÇÃO	Vigilância e execução de modificações a curto, médio e/ou longo prazo*	
	ACIMA DA MARGEM TOLERÂNCIA:	CRÍTICO	Redução da exigência da atividade e/ou melhora do desempenho do trabalhador: modificações de curto prazo*	
	*Definições avaliadas caso a caso, considerando: (a) condição e prognóstico de saúde; (b) possibilidades de modificações na atividade de trabalho ou manejo de fatores ambientais; (c) variáveis institucionais.			

APT - itens adicionais		E.A.T. 1	E.A.T. 2	D.D. 1	D.D. 2	I.R 1	I.R 2	M.T. 1	M.T. 2
Código	Descrição do Item (CIF)								

OBSERVAÇÕES

APÊNDICE VIII

Análise da Performance no Trabalho

Manual

1. Apresentação

O terapeuta ocupacional (TO) no campo da Saúde do Trabalhador atua no delineamento de ações e diretrizes dos processos de (re)inserção/inclusão no trabalho de pessoas com algum tipo de incapacidade, bem como auxilia no cumprimento de restrições laborais nas diversas conjunturas organizacionais. Desenvolve ações de promoção à saúde e prevenção de agravos, em intervenções individuais e/ou coletivas junto às equipes que compõem os diversos serviços de atenção à saúde do trabalhador no setor público e privado⁹.

A unidade de análise a qual se dedica o TO perpassa pela tríade “indivíduo-em-atividade-num-contexto”¹⁰. O TO busca possibilitar que o indivíduo faça ou volte a fazer o que quer (desejo), o que gosta (história) e/ou o que precisa (necessidades) da maneira que pode (potencial e limitações), por meio do manejo de atividades circunscritas a seus papéis ocupacionais, de modo terapêutico, graduado, adaptado e/ou guiado (CORDEIRO, 2017)¹¹. Ademais, é profissional habilitado para elaborar e emitir parecer, atestado ou laudo pericial indicando o grau de capacidade ou incapacidade funcional, com vistas a apontar competências ou incompetências laborais (transitórias ou definitivas), mudanças ou adaptações nas funcionalidades (transitórias ou definitivas) e seus efeitos no desempenho laboral¹².

A Análise da Performance no Trabalho (APT) é um formulário circunscrito à atuação do terapeuta ocupacional no campo da Saúde do Trabalhador. Seu objetivo consiste em explorar aspectos do desempenho do trabalhador frente às exigências de suas atividades de trabalho. Trata-se de um formulário baseado em pressupostos da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e da Ergonomia da Atividade. Para fazer uso apropriado do formulário, o terapeuta ocupacional deve ter domínio desses referenciais.

O terapeuta ocupacional possui expertise para atuar junto a trabalhadores desempenhando ou preparando-se para desempenhar atividades de trabalho em um dado ambiente, utilizando-se de processos de análise fundamentados na literatura que podem envolver o uso de entrevistas, anamneses e instrumentos padronizados. Nesse cenário de atuação do TO, a APT visa agregar informações que não substituem ou dispensam tais práticas já consolidadas. Esclarece-se que a APT não consiste em um instrumento padronizado. No entanto, respeitando-se esse limite, sua versão atual possui aplicabilidade no processo de avaliação e acompanhamento de trabalhadores, em caráter classificatório e complementar, pautando-se na observação do trabalhador em atividade de trabalho, na CIF e seus qualificadores. Apresenta campos descritivos qualitativos e um check-list para registros quantitativos. Desse modo, a versão atual da APT consiste em uma ferramenta complementar para a clínica do TO em Saúde do Trabalhador.

⁹ CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL COFFITO, Resolução nº 459 de 20 de novembro de 2015: Dispõe sobre as competências do Terapeuta Ocupacional na Saúde do Trabalhador. Diário Oficial da União, 20 de novembro de 2015.

¹⁰ MANCINI, M.C. e COELHO, Z.A.C. Raciocínio clínico em terapia ocupacional. In: DRUMMOND, A F.; REZENDE, M.B. Intervenções da Terapia Ocupacional. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008. p.13-24.

¹¹ CORDEIRO, J.R. Workshop de Empreendedorismo e Marketing em Terapia Ocupacional. Belo Horizonte: Para TOs, 2017. 98f. Apostila.

¹² CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL COFFITO, Resolução nº 382 de 03 de novembro de 2010: Elaboração e emissão pelo Terapeuta Ocupacional de atestados, pareceres e laudos periciais. Diário Oficial da União, 25 de novembro de 2010.

2. Considerações teóricas e terminológicas

O presente manual apropria-se de pressupostos teóricos, da linguagem, bem como dos qualificadores propostos pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Vincula-se ainda às bases e princípios da Ergonomia da Atividade. Desse modo, o conhecimento desses pilares é necessário para a adequada compreensão do manual e utilização da APT. Não é a proposta do presente manual discorrer sobre esses referenciais e, sendo que ao longo do texto seus conceitos e termos base estarão sinalizados através da formatação da fonte *em itálico*.

Neste manual, será utilizado o termo “instituição” para referir-se a instituições empregadoras de caráter público ou privado. Pode, por exemplo, envolver empresas e indústrias de diferentes portes e ramos, além de repartições públicas. Ao se referir a equipe de saúde do trabalhador, o manual abarca tanto as instituições que possuem um “setor de saúde do trabalhador”, como os profissionais ou empresas da área de saúde ocupacional que prestam serviços dessa natureza às instituições.

O presente texto não distingue terminologias utilizadas para se referir ao rastreamento das principais demandas de um dado posto de trabalho, podendo, por vezes, utilizar termos como local de trabalho, lotação, ambiente de trabalho, atividade, função ou cargo, em um contexto semântico não rígido.

O uso da expressão “questões de saúde” pretende abranger toda e qualquer circunstância que possa afetar aspectos da funcionalidade do trabalhador. Inclui as eventuais demandas funcionais de pessoas com deficiência, de pessoas que precisam seguir recomendações médicas no ambiente laboral etc.

3. A proposta da APT e a prática do terapeuta ocupacional na saúde do trabalhador

O formulário se propõe a produzir dados adicionais a um processo amplo de avaliação em saúde do trabalhador.

O foco da APT é a análise da compatibilidade entre a dinâmica das exigências de um dado trabalho e os aspectos da funcionalidade/incapacidade de quem o realiza.

Trata-se de uma ferramenta descritiva para subsidiar, em caráter acessório, o julgamento clínico em terapia ocupacional nas etapas que envolvem a observação de trabalhadores em situação *real* de trabalho.

É válido exemplificar que podem ocorrer situações em que essa vinculação com o *real da atividade* ocorre de modo indireto como durante o rastreamento das principais demandas de um dado posto de trabalho em que está sendo decidido qual será o local e as funções do trabalhador com alguma questão de saúde. É possível valer-se da observação de outros trabalhadores no ambiente analisado. Posterior à essa fase exploratória, o profissional pode utilizar-se do foco da APT de modo direto no processo de observação do trabalhador no posto de trabalho/lotação definidos pela instituição, no decurso do acompanhamento de sua adaptação e intervenções que ela possa demandar. Essa exploração mapeada pela APT pode, por exemplo, auxiliar profissionais do setor de Recursos Humanos da instituição na definição da lotação de pessoas com alguma incapacidade temporária ou permanente. Essa configuração pode ainda ocorrer nos períodos de afastamento do trabalho, de definição de lotação no ingresso do trabalhador na instituição ou diante de demandas de remoção.

A APT deve estar inserida em um contexto de avaliação amplo conduzido pelo terapeuta ocupacional, preferencialmente em equipe multidisciplinar. Sinaliza-se que, conforme é previsto para qualquer formulário de avaliação, seu uso isolado, é considerado

inadequado ou insuficiente para a complexidade do seu objeto central de análise: o trabalhador com algum tipo de *incapacidade* em *atividade de trabalho*. Considera-se um contexto de avaliação amplo em terapia ocupacional no campo da Saúde do Trabalhador aquele que minimamente envolva: (a) anamnese, coleta de dados sociodemográficos, avaliação de seu histórico de saúde e trabalho, de componentes físicos e/ou psicossociais envolvidos no espectro da funcionalidade/incapacidade do trabalhador, bem como exploração de aspectos de sua autopercepção acerca de suas capacidades/incapacidades para tarefas laborais e cotidianas; (b) avaliação das características organizacionais, gerenciais e operacionais que contextualizam e caracterizam a *atividade de trabalho* a ser explorada e o ambiente que a circunscreve, sendo que o relato do trabalhador, a consulta a dados documentais, entrevistas com chefias e outros trabalhadores podem ser parte do processo.

Sem estar inserida nesse contexto de avaliação a APT perde seu alcance por não estar em diálogo com esses dados (a,b), indispensáveis para a definição dos qualificadores que compõe o formulário. Reforça-se que, em se tratando de atuação no campo da Saúde do Trabalhador, o alcance das intervenções é favorecido se abordado de forma multidisciplinar.

4. Instruções do uso do formulário:

O formulário da APT está disponível em um arquivo no Programa Excel, sendo a planilha programada para executar todos os cálculos automaticamente, tendo algumas células protegidas, isto é, não editáveis. O avaliador poderá optar por trabalhar manualmente, imprimindo o conteúdo das 3 abas que compõe a APT. Para manuseio da planilha da APT é necessário conhecimento básico do programa Excel.

ABA 1: FOLHA DE ROSTO

→ Folha de rosto: campo para preenchimento de dados cabeçalho e para a descrição principais etapas da(s) atividade(s) de trabalho do cargo/função, bem como das variabilidades envolvidas na execução, os materiais, as ferramentas e os equipamentos utilizados. À descrição textual podem ser anexadas imagens ou esquemas gráficos. Esse campo possui 8 caixas de texto, se necessário, o avaliador pode acrescentar novas caixas de texto.

Para imprimir, o avaliador deve ter o cuidado de informar quais as páginas deseja imprimir. Por exemplo, sua descrição totalizou 3 páginas, deve indicar no ato da impressão “páginas 1-3”. Se deseja preencher à mão, basta imprimir a primeira página e, no

The screenshot shows the Excel interface for the 'ABA 1: FOLHA DE ROSTO' worksheet. The header row (row 1) contains the title 'FOLHA DE ROSTO - ANÁLISE DA PERFORMANCE NO TRABALHO'. Below the header, there are several rows for data entry: 'Nome', 'Contato', 'Cargo', 'Posto de Trabalho', and 'Chefia(s)/contato'. A large text area (rows 9-28) is provided for the description of the main steps of the work activity, materials, tools, and equipment used. The text area is divided into 8 boxes. A large black arrow points down to the text area.

de
das

sua

ato da impressão indicar “página 1” e complementar com folhas em branco, caso necessite de mais páginas.

ABA 2: APT – TABELA

TABELA - ANÁLISE DA PERFORMANCE NO TRABALHO (APT)									
		E.A.T.	E.A.T.	D.D.	D.D.	I.R.	I.R.	M.T.	M.T.
		1	2	1	2	1	2	1	2
Obs-1:									
Total-1:									
Obs-2:									
Total-2:									
Aspectos Físicos:									
Cap.7	Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas com o movimento								
b710	Funções da mobilidade de MMSS								
b710	Funções da mobilidade de MMII								
b710	Funções da mobilidade da coluna								
b740	Funções da resistência muscular para o trabalho repetitivo								
b749	Funções musculares para o trabalho								
b760	Funções de controlo do movimento voluntário								
Cap.4	Atividades e Participação-Mobilidade								
d4153	Permanecer sentado								
d4154	Permanecer de pé								
d430	Levantar e transportar objectos								
d440	Utilização de movimentos finos da mão								
d4452	Alcançar								
d4450	Puxar								
d4451	Empurrar								
d4453	Rodar ou torcer as mãos ou os braços								
d450	Andar								
d4551	Subir/descer								
d4105	Curvar-se								

Orientações para impressão: Essa aba possui 2 páginas. A área de impressão já está automaticamente definida. Pode-se optar por imprimir “frente e verso, páginas 1-2”.

→ Tabela

a- Os números “1” e “2” presentes na tabela acompanhando palavras/siglas indicam, respectivamente, a avaliação inicial da *atividade de trabalho* e a reavaliação após a intervenção realizada na situação de trabalho.

b*- OBS-1 e OBS-2: local para registro das datas e horários em que foi realizada a observação da *atividade de trabalho*

- Total-1 e Total-2: registro do total de horas de observação da *atividade de trabalho*

c*- E.A.T.-1, E.A.T.-2: Avaliação da Exigência da Atividade de Trabalho. As células em branco abaixo são espaços para o preenchimento da data em que a avaliação foi concluída.

d*- D.D-1, D.D-2: Qualificadores para a Dificuldade de Desempenho do trabalhador frente à E.A.T-1 e E.A.T-2, respectivamente avaliada. As células em branco abaixo são espaços para o preenchimento da data em que a avaliação foi concluída.

*Recomenda-se que a observação realizada ocorra em diferentes dias e horários (registrados e quantificados na tabela conforme descrição no item b) para abarcar ao máximo as *variabilidades da atividade de trabalho* em análise. Ao final do período total de observação o avaliador reunirá todos os elementos depreendidos para definir os qualificadores E.A.T e D.D.

e- I.R.-1, I.R.-2: Indicador de Risco calculado automaticamente a partir da relação entre o qualificador da E.A.T-1 e a D.D-1 e entre o qualificador da E.A.T-2 e a D.D-2, respectivamente. As células em branco abaixo são espaços para o preenchimento da data em que a avaliação foi concluída.

f- M.T-1, M.T-2: Margem de Tolerância, automaticamente preenchida, para o IR-1 e o IR-2 na situação de trabalho analisada, respectivamente. As células em branco abaixo são espaços para o preenchimento da data em que a avaliação foi concluída.

Observe que a avaliação pode envolver várias visitas ao ambiente de trabalho, cujas datas e horários estarão lançados nos campos OBS-1 e OBS-2 (ver item b). Nesse caso, a data a ser preenchida nos campos E.A.T.-1, E.A.T.-2, D.D-1, D.D-2, I.R.-1, I.R.-2, M.T-1, M.T-2 deve ser a data em que o profissional conclui a avaliação, isto é, a data em que definiu todos os qualificadores da APT.

Entende-se como adequado que cada visita ao ambiente de trabalho seja documentada através de registro do profissional em prontuário ou conforme o registro oficial adotado na instituição.

→ Estrutura base: itens selecionados da CIF (1ª e 2ª colunas)

A primeira coluna, da esquerda para a direita, contém os códigos dos itens a serem avaliados, de modo a facilitar a consulta de seus construtos na CIF, em seus respectivos capítulos. São indicados os Capítulos da CIF para favorecer a consulta da descrição do item pelo avaliador, sempre que necessário. A segunda coluna, da esquerda para a direita, contém a terminologia referente aos códigos da primeira coluna, sendo esses itens selecionados da CIF para nortear a análise realizada no processo de observação da *atividade de trabalho*. O exemplo na Figura 2 contemplou itens da CIF referentes ao componente “funções do corpo” e ao domínio “atividade e participação”.

ABA 3: ITENS ADICIONAIS E OBSERVAÇÕES

Pode-se acrescentar outros itens da CIF que o avaliador considerar necessário a partir da análise da demanda em questão. Para os casos em que já existam *Core Sets* publicados, recomenda-se incluir os itens que porventura não estejam contemplados na “estrutura base” da APT. Dessa forma, este formulário apresenta flexibilidade para sua utilização, no que tange à inclusão de itens a serem avaliados. Para tanto, o avaliador deve acessar a ABA 3 e clicar no ícone em azul “Para inserir linhas aperte aqui”, quantas vezes for necessário, conforme os itens a serem incluídos. Automaticamente será gerada nova linha com as fórmulas equivalentes, sendo que o avaliador preencherá os campos referentes ao(s) item(s) da CIF que acrescentar, informando seu código e descrição. Há ainda um campo para registro de “observações” sobre algum aspecto referente às exigências das atividades ou ao desempenho do trabalhador que o TO queira detalhar. Para a impressão desse conteúdo o avaliador deve proceder tal como explicado para a impressão da “ABA 1”.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
1	APT - itens adicionais		E.A.T. 1	E.A.T. 2	D.D. 1	D.D. 2	I.R. 1	I.R. 2	M.T. 1	M.T. 2						
2	Código	Descrição do Item (CIF)														
3																
4																
5																
6																
7			OBSERVAÇÕES													
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																

CONTINUAÇÃO ABA 2: APT - TABELA

→ Qualificadores (3ª a 6ª colunas: E.A.T.-1, E.A.T.-2, D.D-1, D.D-2)

A escala de qualificadores é a mesma proposta pela CIF. No entanto, na CIF, o componente “funções do corpo” e o domínio “atividade e participação” possuem denominações de seus intervalos distintas. Para melhor contemplar o objetivo do formulário, optou-se por alterar a nomenclatura referente ao componente “funções do corpo”, de modo a substituir a palavra “deficiência” por “exigência”, sem alteração da escala. Desse modo, na APT os itens são qualificados da seguinte forma:

E.A.T. - Pergunta-se: O quanto a *atividade de trabalho* exige que as funções do corpo estejam preservadas? Quais as principais demandas de “atividade e participação” exigidas pela *atividade de trabalho*?

- 0 - NENHUMA exigência (ausente, escassa...), 0-4%
- 1 - Exigência LEVE (ligeira, baixa...), 5-24%
- 2 - Exigência MODERADA (média, regular...), 25-49%
- 3 - Exigência ALTA (grave, extrema...), 50-95%
- 4 - Exigência COMPLETA (total...), 96-100%
- 8 - Não especificada (não foi possível avaliar)
- 9 - Não aplicável (não se aplica à situação em questão)

D.D. – Pergunta-se: Como está, no período da avaliação, o desempenho do trabalhador frente às exigências da *atividade de trabalho*?

- 0 NENHUMA dificuldade (nenhuma, ausente, escassa...), 0-4%
- 1 Dificuldade LEVE (ligeira, baixa...), 5-24%
- 2 Dificuldade MODERADA (média, regular...), 25-49%
- 3 Dificuldade EXTREMA (grave, alta...), 50-95%
- 4 Dificuldade COMPLETA (total...), 96-100%
- 8 Não especificada (não foi possível avaliar)
- 9 Não aplicável (não se aplica à situação em questão)

A Tabela 1, seguir, apresenta os qualificadores dos campos E.A.T e a D.D para apresentação simultânea de sua descrição.

TABELA 1: QUALIFICADORES E.A.T. e D.D.			
EXIGÊNCIA DA ATIVIDADE DE TRABALHO (E.A.T.)	← QUALIFICADOR →		DIFICULDADE PARA O DESEMPENHO (D.D.)
NENHUMA exigência (ausente, escassa...)	0	0-4%	NENHUMA dificuldade (nenhuma, ausente, escassa...)
Exigência LEVE (ligeira, baixa...)	1	5-24%	Dificuldade LEVE (ligeira, baixa...)
Exigência MODERADA (média, regular...)	2	25-49%	Dificuldade MODERADA (média, regular...)
Exigência ALTA (grave, extrema...)	3	50-95%	Dificuldade EXTREMA (grave, alta...)
Exigência COMPLETA (total...)	4	96-100%	Dificuldade COMPLETA (total...)
Não especificada	8	NE	Não especificada
Não aplicável	9	NA	Não aplicável

Destaca-se que as variações de terminologia possibilitadas pelos sinônimos apresentados entre parênteses permitem que o profissional selecione o termo que melhor se adequa ao item avaliado, de modo a zelar por uma redação clara e concisa de relatórios e documentos diversos em que se valer desse conteúdo.

→ Indicador de Risco e Margem de Tolerância (7^a a 10^a colunas: I.R.-1, I.R.-2, M.T-1, M.T-2)

Através da multiplicação dos qualificadores E.A.T e D.D. obtém-se o Indicador de Risco para a execução das demandas da *atividade de trabalho* listadas na APT. Considera-se que quanto mais intensa uma demanda da *atividade de trabalho*, melhor ou mais preservado deve ser o desempenho do trabalhador na execução da mesma, de modo a buscar configurações de trabalho sem riscos de agravos à sua saúde e que favoreçam estratégias de promoção à saúde. Essa interação entre os campos E.A.T *versus* D.D. sinaliza ainda prioridades para a intervenção e permite pontuar a(s) etapa(s) da *atividade de trabalho* que são críticas para o trabalhador que a executa ou executará. Desse modo, são definidos limiares de tolerância (M.T.) para sinalizar e orientar intervenções frente à condição de risco identificada (I.R.), apresentados nas tabelas a seguir, incluindo um exemplo para melhor elucidar a compreensão desses campos.

TABELA 2: INTERAÇÃO ENTRE QUALIFICADORES				
E.A.T. ←Qualificador→		D.D. aceitável para cada E.A.T	Indicador de Risco (I.R.) = (E.A.T.) x (D.D.)	MARGEM DE TOLERÂNCIA do IR (M.T)
0*	0* (0-4%)	0, 1, 2, 3	1x0=0 1x1=1 1x2=2 1x3=3	0,1,2,3
1	1 (5-24%)	0, 1, 2	1x0=0 1x1=1 1x2=2	0, 1, 2
2	2 (25-49%)	0, 1, 2	2x0=0 2x1=2 2x2=4	0, 1, 4
3	3 (50-95%)	0, 1	3x0=0 3x1=3	0, 3
4	4 (96-100%)	0*	4x1=4	4
*neste caso, de E.A.T=0, os cálculos envolvendo o qualificador "0" deve-se considerar o valor "1"				

→ Exemplo:

Para uma exigência da atividade (E.A.T.) qualificada como 2, é considerado “aceitável” uma dificuldade (D.D.) qualificada no máximo como 0, 1 ou 2.

Obtém-se pela multiplicação simples entre o valor da exigência (2) e cada um dos valores “aceitáveis” de dificuldade frente a essa exigência um Indicador de Risco de 0, 1 ou 4 (2x0=0; 2x1=2; 2x2=4). Assim, os valores fruto dessa interação entre exigência e dificuldade compõe o chamado Indicador de Risco, que nesse caso abrangeu os valores 0, 2 e 4.

E.A.T. ←Qualificador→		D.D. aceitável para cada E.A.T	Indicador de Risco (I.R.) = (E.A.T.) x (D.D.)	MARGEM DE TOLERÂNCIA do IR (M.T)
-----------------------	--	---	--	--

2	2 (25-49%)	0, 1, 2	2x0=0 2x1=2 2x2=4	0, 1, 4
---	------------	---------	-------------------------	---------

O Indicador de risco abarca os valores de dificuldade de desempenho “aceitáveis” para cada grau de exigência. Para análise, será observado quando os valores obtidos na multiplicação entre exigência e dificuldade, ficarem dentro da chamada “Margem de Tolerância do Indicador de Risco”. No exemplo em questão, os valores 0, 1 e 4 estão dentro da Margem de Tolerância, sendo o valor de IR igual a 4 é considerado no limite da Margem de Tolerância.

Ainda neste exemplo, em que consideramos uma exigência qualificada como 2, se o avaliador identificar uma dificuldade de 3 ou 4, o Indicador de Risco será de 6 ou 8 ($2 \times 3 = 6$; $2 \times 4 = 8$), isto é, acima do aceitável pela “Margem de Tolerância do IR” definida para essa intensidade de exigência.

A partir da identificação do IR de cada item analisado, o avaliador depreenderá quais deles encontram-se abaixo da Margem de Tolerância, quais estão no limite da Margem de Tolerância ou acima da Margem de Tolerância (TABELA 3). A partir dessa identificação a APT abarca diretrizes gerais de conduta envolvendo ações de prevenção, promoção; vigilância e execução de modificações a curto, médio e/ou longo prazo; redução da exigência da atividade e/ou melhora do desempenho do trabalhador, com modificações de curto prazo.

Tabela 3: DIRETRIZES PARA A INTERVENÇÃO		
RESULTADO	INDICADOR	AÇÃO
ABAIXO DA MARGEM DE TOLERÂNCIA	SEGURO	Promoção e prevenção
NO LIMITE DA MARGEM TOLERÂNCIA	<u>ATENÇÃO</u>	Vigilância e execução de modificações a curto, médio e/ou longo prazo*
ACIMA DA MARGEM TOLERÂNCIA:	CRÍTICO	Redução da exigência da atividade e/ou melhora do desempenho do trabalhador: modificações de curto prazo*
*Definições avaliadas caso a caso, considerando: (a) condição e prognóstico de saúde; (b) possibilidades de modificações na atividade de trabalho ou manejo de fatores ambientais; (c) variáveis institucionais.		

Esclarece-se que a APT não gera um escore final considerando a interação de todos os itens avaliados, por não fazer sentido obter um somatório ou média das exigências das atividades ou da dificuldade de desempenho. Assim, utiliza-se a terminologia “qualificador” e não “escore”. Por exemplo, se em apenas um único item houver incompatibilidade entre o grau de dificuldade e a exigência de uma tarefa, isso não afetaria o escore final de maneira significativa, no entanto, possui extrema relevância qualitativa. O propósito da APT é cuidar de qualquer aspecto entre a exigência da tarefa e a dificuldade de desempenho que possa colocar o trabalhador em risco de adoecimento ou de agravo à sua saúde e segurança.

A APT funciona como um scanner da situação de trabalho e identifica sinais de incompatibilidade entre uma dada exigência da tarefa e o desempenho do trabalhador. Esses

sinais, sempre aliados a outros elementos do processo avaliativo poderão fundamentar a definição de condutas do profissional e da equipe. A proposta da APT corrobora com o processo de classificação e descrição realizado pelos profissionais que envolve a identificação desses sinais. Ao utilizar-se da CIF, a APT explora o propósito dessa classificação de padronização da linguagem no campo da saúde e da funcionalidade, desafio que ainda está presente para a comunidade científica nacional e internacional.

Destaca-se que as definições de conduta, bem como seu planejamento e estabelecimento de prazos devem ser avaliadas individualmente considerando a condição e o prognóstico de saúde do trabalhador; as possibilidades de modificações na atividade de trabalho e de manejo de fatores ambientais; as variáveis institucionais (normas, políticas, recursos, prioridades etc); além do conjunto de informações que o TO detém do caso em questão. Novamente, pontua-se que essas diretrizes devem dialogar com os demais elementos coletados no processo avaliativo, sendo que a Tabela 3 apresenta uma diretriz frente aos resultados obtidos pela APT. Cabe ao terapeuta ocupacional fazer uso desses achados da APT contextualizado a outros elementos apreendidos no processo avaliativo e na condução das intervenções para compor o direcionamento de seu raciocínio e conduta clínica. O processo de tomada de decisão pode ainda envolver a discussão com a equipe de saúde do trabalhador ou de outros setores da instituição envolvidos.

Recomenda-se a reaplicação trimestral da APT, em média. No entanto, a precisa definição da periodicidade caberá ao profissional. O formulário contém espaço para se registrar o conteúdo de 2 avaliações. Não é incomum a necessidade de se acompanhar trabalhadores por períodos que possam demandar novas aplicações, podendo ser aplicado no decurso da intervenção quantas vezes e no intervalo de tempo que o profissional definir como pertinente.

A APT indica diretrizes de conduta como informação complementar e não determinante do trabalho do terapeuta. A APT não possui campo para registrar a conduta. O profissional o fará por meio de procedimentos de registro adotados pela instituição, a exemplo de evoluções em prontuário ou através de relatórios.

Em linhas gerais, o TO definirá e conduzirá quais intervenções se fazem pertinentes nos níveis das *atividades*, *fatores ambientais*, eliminando *barreiras* ou introduzindo *facilitadores*, atuando junto a equipe quando possível e pertinente. No caso de trabalhadores com *incapacidade* temporária, acompanhará o desdobramento de sua evolução clínica na capacidade laboral, especificamente no que tange à *funcionalidade* do trabalhador. Quando possível ou adequado, o TO poderá estabelecer contato e parceria com os profissionais da rede de saúde pública ou suplementar envolvidos no cuidado ao trabalhador, introduzir ou acompanhar o impacto de tecnologias assistivas frente as EAT e seu impacto na D.D. do trabalhador. Enfim, são inúmeras as possibilidades de intervenção. A APT pode ser eleita pelo terapeuta como medida complementar de classificação e avaliação que indicará a evolução do desempenho do trabalhador frente sua atividade de trabalho, sendo que ela não se presta ao registro de detalhes da conduta e intervenção do profissional.

5. Exemplos de definição e interpretação dos qualificadores

A essência do formulário é confrontar as exigências de determinada atividade de trabalho com o desempenho de um dado trabalhador. Trata-se na base, de uma prática que já compõe a expertise do terapeuta ocupacional, profissional formado para analisar e prescrever atividades, ao intervir no desempenho ocupacional de indivíduos. Ao se utilizar da “estrutura base” pré-selecionada da CIF – ainda passível de acréscimos conforme já esclarecido no presente manual (Aba 3, planilha) – para caracterizar as exigências de um contexto específico de trabalho, o terapeuta deve considerar aspectos de cada situação/ambiente avaliado.

Por exemplo, vejamos o item d4551.

d4551 Subir/descer: mover todo o corpo para cima ou para baixo sobre superfícies ou objetos, como por exemplo, subir degraus, rochas, escadas móveis ou fixas, rampas ou outros objetos.

O TO deve considerar no ambiente avaliado quais as demandas de subir/descer estão presentes e suas características objetivas. Ao utilizar o formulário, o TO deve considerar o ambiente real em questão, por exemplo, o número de degraus de escada, a inclinação de uma rampa, o tipo de escada do local avaliado etc. Quando relevante, esses fatores podem ser descritos e detalhados nos campos abertos à descrição textual presentes nas Abas 1 e 3 da planilha.

Consideremos a avaliação de um trabalhador com queixa de dor para tarefas de digitação e escrita, que serão devidamente descritas no campo “folha de rosto” da APT (Aba 1). Nesse caso pode não ser relevante detalhar o número de degraus que são necessários subir/descer para ter acesso ao seu local de trabalho, mas dedicar-se à aspectos descritivos complementares de itens como o d440, que apresenta a seguinte especificação “d4408: Movimentos finos da mão, outro especificado”.

Nesse caso, para se definir a E.A.T. para o item “d4408: Movimentos finos da mão, outro especificado” pode ser pertinente detalhar as demandas envolvendo digitação e escrita da situação de trabalho avaliada, dedicando-se a descrição dessas atividades naquele ambiente, as etapas envolvidas, tempo de realização, o ritmo de trabalho, os materiais e equipamentos envolvidos, a sazonalidade das demandas, a existência de prazos, quais as variabilidades presentes naquele contexto etc.

Ainda nesse exemplo de um trabalhador com queixa de dor para tarefas de digitação e escrita, o que considerar para definir o nível de exigência (E.A.T.) dos itens “d4551: Subir/descer” e “d4408: Movimentos finos da mão, outro especificado”, presentes na estrutura base do formulário? E o que considerar para definir o grau de dificuldade do trabalhador frente a essas exigências (D.D.)?

Para a determinação da E.A.T. é necessário a análise do conjunto de todas as atividades que compõe a situação de trabalho avaliada. Consideremos um ambiente hipotético de um prédio de 4 andares, com 15 degraus para acesso a cada andar, sem elevador, com um refeitório de uso dos funcionários no 2º andar. Suponhamos que em uma sala próxima à escada, no 1º andar atuem 2 funcionários (A e B) auxiliares administrativos, jornada de 40 horas, 1 hora de almoço. Apesar do mesmo cargo, eles exercem rotinas de trabalho diferentes.

O trabalhador A dedica-se principalmente ao trabalho em terminal de computador e atendimento ao público por telefone; e o B tem menor demanda de trabalho em terminal de computador e realiza atendimento presencial ao público e é responsável pela distribuição de correspondências e malotes nos demais andares do prédio.

Só pelo fato de trabalharem no mesmo local e terem o mesmo cargo, não significa, necessariamente, que a EAT para “subir/descer (no caso, escadas)” ou para qualquer outro item da estrutura base da “APT-2” será o mesmo para os dois trabalhadores. É preciso conhecer aspectos da organização de trabalho no ambiente avaliado, além das condições de trabalho.

Assim, deixa-se claro que o julgamento do avaliador acerca do quesito Exigência da Atividade de Trabalho, envolverá o estudo das características das funções determinadas para determinado trabalhador, dentro do escopo de possibilidades de um dado cargo, num dado do posto de trabalho, considerando ainda as características da organização do trabalho, por exemplo, qual a divisão de tarefas entre os funcionários.

Por fim, vamos a última etapa para finalizar o raciocínio da pontuação da E.A.T. no referido exemplo. A partir do entendimento desses fatores, a exigência de “subir/descer (no caso, escadas)” será determinada conforme a compreensão do avaliador acerca das principais demandas presentes em toda a realidade de trabalho avaliada. Após conhecer o máximo de aspectos caracterizadores da *atividade de trabalho* em questão, o avaliador poderá identificar quais são de exigência ausente (qualificador 0), baixa (qualificador 1), moderada (qualificador 2), alta (qualificador 3), total (qualificador 4), além daquelas que não podem ser especificadas naquela avaliação (qualificador 8) ou que não se aplicam (qualificador 9).

Nesse exemplo, a pontuação definida para o trabalhador B será maior que a do trabalhador A, dado que a exigência de subir/descer se faz mais presente. O trabalhador A utiliza as escadas somente para acesso ao local de trabalho na chegada e saída e, horário de almoço, seja para ir a um restaurante ou para acessar o andar do refeitório de seu prédio. Já o trabalhador B utiliza as escadas para realizar etapas de sua atividade de trabalho, além do uso para acesso na chegada e na saída do local de trabalho e horário de almoço. Para definir o qualificador da E.A.T para cada trabalhador do item “subir/descer” o ponto chave é a comparação com o conjunto das demandas de trabalho que cada um realiza.

Desse modo, quanto maior o tempo dedicado à análise da situação real de trabalho melhor a compreensão da *atividade de trabalho* pelo avaliador para determinar os qualificadores, conforme descrito no presente manual no item **4.0 Instruções do uso do formulário**.

Agora, vejamos a pontuação da E.A.T. do item “d4408: Movimentos finos da mão, outro especificado” para os trabalhadores A e B. O qualificador do trabalhador A será maior nesse item que do trabalhador B. Novamente, para definir o qualificador será necessário conhecer todas as demandas de cada trabalhador para definir “o peso” da exigência de movimentos finos da mão em cada situação.

Vejamos agora a definição da D.D. para os trabalhadores A e B, dos mesmos itens (d4551: Subir/descer e d4408: Movimentos finos da mão, outro especificado). O terapeuta ocupacional considerará: todas as informações do histórico clínico do trabalhador, da sua *condição de saúde* e de *funcionalidade/incapacidade*; seu *desempenho* diante de cada exigência da atividade de trabalho, considerando aspectos da *organização e das condições de trabalho* em questão; se há presença de queixas ou sintomas durante ou após alguma etapa da *atividade de trabalho*; a influência de *fatores ambientais* no desempenho. A partir da análise desses fatores o TO determinará o qualificador que indique a dificuldade do trabalhador para desempenhar cada etapa de seu trabalho, considerando suas exigências: nenhuma (qualificador 0), leve (qualificador 1), moderada (qualificador 2), alta (qualificador 3) ou total (qualificador 4).

Se a queixa “dor para digitação e escrita” estiver presente no trabalhador A, cuja exigência de “d4408: Movimentos finos da mão, outro especificado” é maior, esse trabalhador obterá um Indicador de Risco (I.R) mais elevado que no caso do trabalhador B (ver Tabela 2). É essencial identificar sinais de compatibilidade ou de incompatibilidade entre a E.A.T e a D.D para definir condutas, que podem por exemplo, perfazer o remanejamento temporário de funções entre trabalhadores, envolvendo rearranjos na organização do trabalho negociados com gestores e demais funcionários. Quando não é possível intervenções na atividade, no ambiente ou na organização do trabalho, o terapeuta ocupacional pode, por exemplo, elaborar relatório circunstanciado e fundamentado, documentando-o em prontuário, além de direcioná-lo ao profissional médico ou perito da instituição sugerindo, por exemplo, avaliação de capacidade laborativa daquele trabalhador. Ainda nesse caso exemplo, pode-se ter como desdobramento o afastamento do trabalhador para tratamento de saúde, a emissão de um laudo restritivo, entre outros desfechos que o profissional acompanhará e seguirá ajustando

sua conduta. Há inúmeros outros exemplos e possibilidades e, para fins desse manual, ressalta-se que o terapeuta ocupacional seguirá as rotinas e fluxos da instituição que estiver vinculado, definindo as ações pertinentes a cada caso.

Vale ressaltar que as normatizações existentes, tais como as NRs (Normas Regulamentadoras) podem compor etapas da intervenção. Por exemplo, se no decurso da análise da compatibilidade entre E.A.T. e D.D. – foco da APT – for constatado alguma inconsistência ou irregularidade, pode-se fazer recomendações gerais à quem é de responsabilidade na instituição ou acionar o setor de segurança do trabalho da instituição, por exemplo. Quando o não cumprimento da norma interferir diretamente no desempenho de um dado trabalhador, deflagrando riscos à sua saúde e segurança, e não houver perspectivas de modificações em curto prazo, pode ser pertinente documentar em relatório à parte junto ao serviço de saúde ocupacional da instituição e avaliar alternativas para o trabalhador em questão. Nesse exemplo, tal relatório e intervenção podem ser lavrados e explorados pelo TO juntamente com a equipe envolvida, o que se dará conforme a formação do profissional, da equipe e fluxos institucionais.

No caso de trabalhadores que já ingressaram na instituição e encontram-se afastados do trabalho ou no caso de novas contratações de pessoas com alguma limitação funcional, o terapeuta pode analisar o posto de trabalho explorado para o retorno ou ingresso do trabalhador, bem como aspectos do *trabalho prescrito*. Pode-se observar outros trabalhadores do setor, preenchendo apenas a coluna E.A.T. da APT. Nessa situação, o TO possuirá através da APT uma fonte complementar de informação e planejamento para atuar na preparação do trabalhador para o processo de retorno ao trabalho ou para somar informações na análise da compatibilidade entre as demandas da E.A.T. e *capacidade* do trabalhador avaliada até então em consultório. Com essas informações o TO já pode identificar a necessidade de ajustes de caráter temporário ou permanente, para acolher o trabalhador.

Chama-se aqui atenção para a diferença entre *capacidade* e *desempenho* descrita na CIF. Desse modo destaca-se que o processo de avaliação do trabalhador em consultório é indispensável para que o TO obtenha elementos acerca do histórico da pessoa, suas potencialidades e eventuais limitações, bem como suas capacidades (ambiente simulado) para melhor executar a avaliação de seu desempenho (ambiente real) no local de trabalho.

Tão logo o trabalhador tenha iniciado suas atividades no posto de trabalho, o terapeuta aplicará novamente o instrumento, incluindo a informação sobre a D.D. do trabalhador frente às demandas reais do trabalho, além de atualizar, nessa nova aplicação, a E.A.T., que pode ter sido modificada para favorecer o desempenho do trabalhador ou por outros motivos da dinâmica do trabalho. Nesse exemplo, o primeiro uso da APT foi para conhecer as demandas de um dado setor através da observação de outros trabalhadores e informações sobre o *trabalho prescrito*. Com essas informações o TO já pode ter identificado a necessidade e providenciado junto aos envolvidos (RH, gestores, equipe de saúde e segurança) ajustes na E.A.T. do posto de trabalho definido para atuação do trabalhador com alguma limitação funcional. No segundo momento, situação em que o trabalhador já retornou ao trabalho ou já iniciou o trabalho na instituição após sua admissão, o TO avaliará novamente as E.A.T. e poderá tomar nota da D.D., a partir da análise do trabalhador em atividade *real* de trabalho (foco da APT). No processo de acompanhamento dos trabalhadores nessa condição, o TO pode reaplicar longitudinalmente a APT, sempre que houver mudanças significativas, bem como para fins de documentar a evolução da adaptação de um trabalhador ao posto de

trabalho. Pontua-se novamente que esse será um registro complementar às demais estratégias utilizadas pelo terapeuta no processo de avaliação e intervenção.

A essência do formulário orienta a, assim que possível, definir os qualificadores de D.D. a partir da análise do *trabalhador em situação real de trabalho*, isto é, de avaliação realizada *in loco*. Para cada E.A.T., registrada o terapeuta avaliará o *desempenho* do trabalhador, definindo se ele apresenta nenhuma, ligeira, moderada, grave ou completa dificuldade frente à E.A.T.

Exemplo: demanda de escrita (d440), exigência moderada (qualificador 2) no setor de trabalho, trabalhador com Síndrome do Túnel do Carpo na mão dominante, com dificuldade alta (qualificador 3) para essa exigência. Veja o preenchimento do momento “1” do uso da APT-2:

Cap7	Funções neuromusculares e relacionadas com o movimento	E.A.T. 1	D.D. 1	I.R. 1	M.T. 1
d440	Utilização de movimentos finos da mão	2	3	6	0,1,4

A APT-2 sinaliza que o desempenho do trabalho frente a essa exigência de sua atividade de trabalho está crítico, dado que o IR possui valor maior que a MT. Nessa situação, apresenta como diretriz de conduta a “Redução da exigência da atividade e/ou melhora do desempenho do trabalhador: modificações de curto prazo”.

São exemplos de intervenções possíveis que poderiam impactar os qualificadores na reavaliação:

Intervenção na E.A.T.: realização de ajustes na organização de trabalho no setor, envolvendo negociações com chefia e colegas, com redução da demanda de escrita para esse trabalhador com STC, que passará a ser realizada em maior escala pelos colegas de setor; em contrapartida, esse trabalhador realizará a maior parte das tarefas de atendimento ao público no balcão, anteriormente realizadas por seus colegas. Assim, se a E.A.T.-1 era inicialmente considerada moderada (qualificador 2), a segunda avaliação após essa intervenção pode alterar a demanda para o trabalhador para “ligeira” (qualificador 1).

Intervenção com impacto no desempenho do trabalhador: orientações de proteção articular e conservação de energia (todos os trabalhadores do setor podem também ser orientados, abarcando estratégias de promoção à saúde), esclarecimento à chefia sobre a importância dessas orientações e ajustes na organização do trabalho para acomodar essas recomendações e avaliar medidas para não gerar impactos significativos na produtividade do setor.

A dificuldade do trabalhador para aquela demanda de exigência moderada de escrita era alta (qualificador 3), após a intervenção pode reduzir, por exemplo, para moderada (qualificador 2) ou ligeira (qualificador 1), o que será definido no decurso de seu acompanhamento pelo TO que deve envolver análise contínua de seu desempenho na situação real de trabalho nas visitas ao ambiente de trabalho.

A redução pode traduzir ajustes na organização do trabalho que impactaram na intensidade da demanda de escrita, bem como de orientações de saúde voltadas para favorecer o tratamento da STC e prevenção de recidivas, como também orientações para as demais atividades da rotina do trabalhador, como atividades de vida diária e de vida prática, que também compõe a expertise do terapeuta ocupacional. Acrescenta-se, ainda, condutas do profissional médico e/ou da reabilitação envolvidos no cuidado clínico desse trabalhador na rede de saúde pública ou suplementar, como a prescrição de órtese, exercícios e outros recursos terapêuticos típicos do tratamento da STC. Por exemplo, o trabalhador pode estar evoluindo clinicamente no processo de reabilitação ou ter iniciado o uso de uma órtese que

contribuiu para sua melhora clínica. Veja um exemplo de preenchimento do momento “2” do uso da APT-2:

Cap. 7	Funções neuromusculares e relacionadas com o movimento	E.A.T 1	E.A.T 2	D.D 1	D.D 2	I.R 1	I.R 2	M.T 1	M.T 2
d440	Utilização de movimentos finos da mão	2	1	3	2	6	2	0,1, 4	0,1, 2

O momento 2 sinaliza que o conjunto das intervenções melhorou o desempenho do trabalhador frente à demanda de sua E.A.T considerado CRÍTICO na primeira avaliação. O indicador de risco está agora no limite da margem de tolerância, o que é indicativo de ATENÇÃO, com a necessidade de ações de “Vigilância e execução de modificações a curto, médio e/ou longo prazo”. O TO da Saúde do Trabalhador atuando *in loco* seguirá o processo de intervenção e o monitoramento do desempenho do trabalhador.

6. Considerações sobre a aplicabilidade geral da APT como ferramenta complementar

Abaixo estão elencadas situações potenciais para uso da APT. Cabe ao TO avaliar se no contexto da instituição em questão e frente às características de seu processo de trabalho (volume, ritmo, prazos, natureza das intervenções etc) o uso da APT se faz pertinente e viável.

A APT possui como foco a análise da compatibilidade entre o desempenho de um trabalhador frente a atividade de trabalho a ele demandada. Quando o trabalhador em questão encontrar-se afastado, aspectos do *trabalho prescrito e real* podem ser analisados em um dado posto de trabalho, levantando-se suas principais demandas e a partir da observação direta de outros trabalhadores em atividade, preenchendo apenas a coluna E.A.T. do formulário. Em momento posterior, a avaliação pode ser utilizada de modo completo, sendo necessário ou não avaliar novamente a E.A.T, dando-se seguimento ao acompanhamento do trabalhador no seu processo de retorno ao trabalho ou de mudança de setor posto de trabalho/atividade por questões de saúde.

O uso da APT pode corroborar a atuação do profissional e da equipe em situações como:

a.1: trabalhadores com queixas de má adaptação ao trabalho ligadas direta ou indiretamente a questões de saúde;

a.2: trabalhadores com restrições médicas documentadas por laudos e/ou pessoas com deficiência.

a.3: Subsidiar o parecer do terapeuta ocupacional solicitado pela perícia médica, auxiliando na avaliação complementar da capacidade laborativa, no processo de definição de restrições laborais pelo médico perito bem como no acompanhamento de seu cumprimento.

Para conferir maior clareza acerca das possibilidades de aplicação da APT, a seguir foram elencadas situações exemplificadoras de seu uso.

A APT será uma ferramenta complementar ao processo de julgamento do avaliador, cuja intervenção poderá sinalizar a necessidade de alterações nas E.A.T, propondo e monitorando mudanças nas condições e/ou organização do trabalho, processo que, via de regra, envolve negociações com chefias e outros trabalhadores envolvidos. A APT pode também compor projetos de retorno ao trabalho de pessoas com restrições médicas e de acolhimento e acompanhamento de pessoas com deficiência.

Outro cenário pode se configurar quando a análise inicialmente voltada para uma intervenção individual identificar demandas de intervenção coletiva pela constatação da necessidade de alterações na situação de trabalho analisada que extrapola a necessidade individual do trabalhador avaliado, por conter riscos de adoecimento para outros

trabalhadores (ex: determinada demanda de trabalho avaliada pode não atender a critérios ergonômicos; pode-se identificar inconsistências na organização do trabalho apontadas pelos próprios trabalhadores e constatadas nas observações *in loco*).

A APT pode corroborar ainda na investigação de queixas inespecíficas de trabalhadores que sinalizam processo de má adaptação ao trabalho, ligadas direta ou indiretamente a questões de saúde. Demandas dessa natureza, geralmente, são conduzidas com ação conjunta e parceira de profissionais do setor de RH e do setor de saúde da instituição. Pode haver situações em que se faz necessária a compreensão do desempenho de trabalhadores no ambiente real de trabalho mesmo sem histórico de afastamento para tratamento de saúde, para aclarar queixas relacionadas à sua *condição de saúde e funcionalidade*.

A APT pode ser complementar na identificação de atividades e *fatores ambientais* em que as E.A.T possam ser consideradas mais compatíveis com a *condição de saúde e funcionalidade* de um dado trabalhador. Isso pode ser útil, por exemplo, na admissão de um trabalhador que apresente alguma questão de saúde a ser considerada em sua lotação. A APT pode ser aplicada ainda a situações em que for constatada a impossibilidade de um trabalhador afastado para tratamento de sua saúde retornar ao trabalho na mesma atividade anterior ao período de afastamento. Ainda, após o retorno ao trabalho de um dado trabalhador, seja para o mesmo local anterior ao afastamento, seja para um novo setor, a APT trará informações sobre o trabalhador no âmbito do *trabalho real*, podendo compor intervenções voltadas para ações de (re)inserção do trabalhador com alguma incapacidade.

Encerrando essa série de exemplos sobre o uso da APT é válido fazer uma importante ressalva quando os processos decisórios de RH para a lotação, remoção/remanejamento de um trabalhador envolver questões de saúde. Nesses processos, o terapeuta ocupacional pode colaborar na identificação das limitações funcionais e das potencialidades do trabalhador, analisar as atividades e os fatores ambientais que podem assegurar seu melhor desempenho. Assim, contribui com a equipe de saúde e de segurança, bem como com o setor de RH da instituição diante do desafio de equacionar saúde, segurança e produtividade no trabalho. No entanto, ressalta-se que o papel central do terapeuta ocupacional é apontar as características funcionais do trabalhador e os possíveis riscos ocupacionais envolvidos. Não cabe ao terapeuta ocupacional a definição da lotação de um trabalhador, uma vez que esse processo requer o manejo de fatores de natureza administrativa e institucional que não são da competência deste profissional arbitrar. Assim, as informações fornecidas pela equipe de saúde e de segurança do trabalho da instituição podem compor o processo de definição de postos de trabalho, mas nunca esgotá-lo. Ademais, ressalta-se que o relatório ou parecer do TO reunirá informações que podem respaldar decisões do departamento que o solicitou, sendo os encaminhamentos com base nesses documentos de responsabilidade de quem os conduziu.

7. Considerações sobre a decisão de uso da APT como ferramenta complementar

Recomenda-se que o terapeuta realize o número de visitas ao ambiente de trabalho que julgar necessário para a definição dos qualificadores E.A.T. e D.D. Assim, considera-se que o terapeuta só deve se valer da APT, se julgar que obteve um mínimo de informações relevantes para seu preenchimento adequado. Lembrando, a APT é complementar ao processo de avaliação. Assim, se com 2 visitas o TO já possui informações relevantes cuja documentação via APT agregará ao processo de avaliação, ele pode valer-se do formulário, mesmo que julgue que o ideal seria realizar mais visitas ao local de trabalho. Essa informação deve constar na evolução de prontuário ou relatório em que será citado e anexado o formulário da APT. Dessa forma, a decisão do uso do instrumento em sua realidade de trabalho e clientela, caberá ao terapeuta, envolvendo as seguintes variáveis: grau de conhecimento dos postos de trabalho, cuja maior familiaridade poderá favorecer o preenchimento das E.A.T.; tamanho da

instituição e diversidade de postos de trabalho; público-alvo e suas demandas; características institucionais; jornada de trabalho e atribuições do TO na instituição; tempo de experiência do terapeuta.

APÊNDICE IX



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Termo De Consentimento Livre e Esclarecido

O(a) senhor(a) está sendo convidado a participar da fase piloto de uma das etapas da pesquisa intitulada “Debates acerca da reinserção no trabalho de servidores federais com restrição laboral: a contribuição da CIF, da ergologia e da ergonomia”. Meu nome é Danielle Constancia F. Macedo, sou terapeuta ocupacional, aluna do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo. Para conclusão de meu doutorado, com a orientação da professora Dra. Priscilla de Oliveira Martins-Silva, estou fazendo uma pesquisa para propor o uso e o aprimoramento de um formulário pertencente ao campo da Saúde do Trabalhador. A Análise da Performance no Trabalho (APT) é um formulário que objetiva explorar aspectos da capacidade de desempenho do trabalhador frente às exigências da atividade de trabalho. Esse formulário poderá contribuir na complementaridade dos processos de análise envolvidos no cotidiano de terapeutas ocupacionais da área da Saúde do Trabalhador. Há duas formas de participação na fase piloto:

- 1) A versão modificada do formulário será aplicada em situações reais de trabalho e o terapeuta ocupacional participante se comprometerá a cumprir os seguintes procedimentos e orientações: seguir normalmente sua metodologia de trabalho e conduta clínica, isto é, utilizar os procedimentos de avaliação e intervenção que já compõe sua rotina de atuação; o formulário será aplicado como instrumento extra para fins exclusivos de colaborar com a pesquisa em andamento, sem interferir de forma alguma na conduta clínica; por se tratar de uma versão preliminar não publicada, a APT não irá compor os registros formais da atuação clínica como relatórios e prontuários da instituição; aplicar o formulário em no mínimo um caso; se houver tempo hábil, reaplicar a APT após alguma intervenção realizada.
- 2) O terapeuta ocupacional testará o formulário modificado preenchendo-o a partir de dados de casos em que já atuou anteriormente no acompanhamento de trabalhadores dentro do escopo de demandas circunscritas à aplicabilidade da APT conforme descrito em seu manual. O profissional analisará seus registros do acompanhamento de um ou mais casos pregressos e, a partir de então, testará o formulário preenchendo-o conforme dados referentes aos momentos da avaliação inicial, eventuais reavaliações ou no momento da finalização do acompanhamento. Nessa situação o TO deve avaliar se dispõem de informações suficientes para preencher o formulário.

Após testar o formulário os terapeutas ocupacionais participantes da fase piloto responderão a um questionário online cujo foco das perguntas será a experiência do profissional no que tange à utilização do formulário APT, seu manual e planilha. O questionário não contemplará perguntas referentes a detalhes dos casos clínicos avaliados.

Informo que essa pesquisa segue padrões éticos e deixo claro que os dados de identificação de todos participantes são rigorosamente sigilosos. Desse modo, os resultados obtidos da pesquisa serão publicados na tese, em periódicos e/ou eventos científicos, sendo que, o(a) senhor(a) não será identificado(a) em nenhum momento. O(a) senhor(a) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada lhe será pago por sua participação. Os riscos que estão relacionados à sua participação nessa pesquisa são discretos, pois apenas será solicitado que o(a) senhor(a) utilize o formulário como uma ferramenta extra em sua

rotina de trabalho. Afirmo que o(a) senhor(a) poderá encerrar sua participação no momento em que achar necessário, sem qualquer prejuízo.

Em caso de dúvidas, procurar o pesquisador pelo telefone (31) 3373-6314 ou pelo e-mail aptcoleta@gmail.com. Em caso de denúncias e/ou intercorrências na pesquisa procurar o Comitê de Ética em Pesquisa pelo telefone (27) 3145-9820, pelo e-mail cep.goiabeiras@gmail.com, pessoalmente ou pelo correio, no seguinte endereço: Av. Fernando Ferrari, 514, Campus Universitário, sala 07 do Prédio Administrativo do Centro de Ciência Humanas e Naturais, Goiabeiras, Vitória - ES, CEP 29.090-075. Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre e esclarecida para a sua participação nesta pesquisa.

Tenho ciência do exposto e me comprometo a cumprir os procedimentos e orientações acima descritas, bem como manifesto, livremente, meu desejo em participar da fase piloto da pesquisa.

_____, ____ de _____ de _____.
(Cidade/Estado/data)

Danielle Constancia F. Macedo

Terapeuta Ocupacional participante

Representante da empresa/instituição

Trabalhador