

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

KAREN GRECCO DE FREITAS

O PAPEL DO CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO
TRABALHADOR (CEREST) NO RETORNO AO TRABALHO: discurso dos
trabalhadores

SÃO CARLOS - SP

2020

Karen Grecco de Freitas

O papel do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) no retorno ao trabalho:
discurso dos trabalhadores

Projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Linha de pesquisa: Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Vivian Aline Mininel

São Carlos - SP

2020



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Folha de Aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Karen Grecco de Freitas, realizada em 18/08/2020.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Vivian Aline Mininel (UFSCar)

Prof. Dr. João Alberto Camarotto (UFSCar)

Profa. Dra. Patricia Campos Pavan Baptista (USP)

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os trabalhadores, que mesmo em meio às desordens governamentais direcionadas às relações e ambientes laborais, acordam acreditando em dias e condições de trabalho melhores; que mesmo após um dia exaustivo de trabalho conseguem sorrir e afirmar o significado deste em suas vidas. A vocês, os meus aplausos eternos.

AGRADECIMENTO

Agradeço, primeiramente à Deus, por mais esta oportunidade que me foi concedida.

Agradeço à minha orientadora Profa. Dra Vivian Aline Mininel, que acreditou e confiou em mim para a execução deste trabalho.

Agradeço à Profa. Dra Patrícia Pavan e ao Prof. Dr. João Camarotto, pelas contribuições apontadas no Exame de Qualificação, permitindo o aperfeiçoamento deste trabalho, bem como à Profa. Dra. Jaqueline Alcântara e Profa. Dra. Cristiane Gallasch por aceitarem meu convite enquanto suplentes.

Agradeço aos meus pais, Eduardo e Angelina, minhas irmãs, Karina e Camila (e cunhados), que me acompanharam ao longo de todo processo, sempre acreditando em mim e me dando forças, palavras de incentivo e motivação para permanecer na caminhada, vencendo os obstáculos.

Agradeço ao meu marido, Douglas, que mesmo cansado com sua rotina, não hesitava em me ajudar, fazendo todas as tarefas do lar para que eu pudesse me dedicar somente aos estudos, bem como pelos momentos de incentivo e conforto e, sobretudo, pela compreensão ao longo desta etapa.

Agradeço à minha família em geral, tias(os) e primos(as) que permaneceram em oração e emanando boas vibrações durante a realização deste trabalho.

Agradeço ao coordenador do Cerest, Sr. Edison, que desde o conhecimento do mestrado, sempre demonstrou apoio e compreensão com minhas ausências no trabalho.

Agradeço às profissionais e amigas do Cerest, Vanessa, Ana Maria, Marli, Miriam e Patrícia pelo incentivo, colaboração e torcida para a concretização desta etapa.

Agradeço aos trabalhadores que participaram deste trabalho, pela colaboração e confiança ao compartilharem suas vivências, sem vocês este trabalho não existiria.

Agradeço às minhas amigas de mestrado, em especial a Maria, Ana Paula Griggio, Aline Caneppele e Fernanda Maria de Miranda, que apesar de suas rotinas corridas, sempre me acolheram e ajudaram com minhas dúvidas e angústias.

Às vezes é difícil de acreditar
Em quão longe Deus me fez chegar
Com esta etapa que pude trilhar
E com tanto sentido a me acrescentar

Foi um pensamento criado
Um objetivo traçado
Um projeto elaborado
E hoje, um sonho alcançado

Uma contribuição para a saúde do trabalhador
Que modéstia parte merece seu devido valor
Para a discussão de um cenário transformador
Retomando o trabalho como motivador

Desejo que o trabalhador seja olhado
Suas opiniões e sentimentos considerados
Seu ambiente laboral adequado
Enfim, que ele seja respeitado!

Por fim, que este estudo possa trazer contribuição
Não apenas àqueles que tiveram participação
Mas, de maneira geral, à toda população
Sem esquecer de manifestar a todos minha eterna gratidão!

(Karen Grecco de Freitas, 2020)

O trabalho nos dá vida
O trabalho nos dá graça
Mas e se o ambiente é sem graça?
Respira e se refaça
Preserve sua alegria
Recuperando o que te motiva todo dia
Pois a cada instante de sua jornada
Há alguém necessitando de sua palavra
Um colega, um chefe, uma trabalhadora referenciada
Deixe de lado o que não te acrescenta em nada
Acolhendo àquele que ali o aguarda
E o sentido do trabalho, que até então questionaras
É realinhado a uma retomada
Trazendo-lhe a satisfação que um dia sonharas

(Karen Grecco de Freitas, 2019)

RESUMO

As condições e exigências do trabalho influenciam diretamente a vida e saúde do trabalhador, expondo-o a acidentes e adoecimentos que desencadeiam processos de afastamentos, sofrimento e, em muitos casos, geram ou agravam situações de incapacidade. Com isso, o retorno ao trabalho (RT) pode-se apresentar como um desafio perante a nova condição de saúde deste trabalhador e as condições do ambiente de trabalho. O processo de RT deve envolver diferentes atores sociais, com interação e colaboração, considerando os aspectos biopsicossociais do trabalhador e a necessidade de adequação dos postos de trabalho. Um importante ator é o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), instância especializada na Saúde do Trabalhador que promove, dentre suas ações, a articulação intra e intersetorial e contribui consideravelmente no processo de RT. Assim, este estudo teve como objetivo compreender o papel do Cerest no processo de RT, por meio dos discursos dos trabalhadores, utilizando-se como pressupostos a Psicodinâmica do Trabalho (PDT) e o modelo canadense de RT, bem como a Análise de Discurso (AD). Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que utilizou entrevistas individuais semi-estruturadas com trabalhadores que retornaram ao trabalho após afastamento por acidente ou doença do trabalho e que, durante o período de afastamento, foram acompanhados por um Cerest do interior do estado de São Paulo. Participaram do estudo oito trabalhadores, sendo cinco homens e três mulheres, com idade entre 22 e 66 anos e as seguintes profissões: balconista, auxiliar de produção, fundidor, auxiliar de logística, retificador de motor, auxiliar de limpeza, motorista e técnica de enfermagem. Os afastamentos do trabalho ocorreram entre 2014 e 2018, com duração mínima de um mês e máxima de dois anos, sendo cinco decorrentes de doenças relacionadas ao trabalho e três de acidentes de trabalho. O retorno ao trabalho demonstrou-se, na maioria dos casos, como uma difícil vivência, na qual o trabalhador segue desprovido de assistência pelo empregador ou demais instâncias. Quando houve apoio, ocorreu pelo ambiente familiar, pelo serviço ocupacional da empresa ou pelo Cerest, que foi apontado com contribuições positivas no afastamento do trabalho, porém limitada no processo de RT, atuando, principalmente, com orientações e recuperação do trabalhador. Com isso, foi mencionada a necessidade de aperfeiçoamento de suas ações, como a comunicação entre os profissionais da equipe e o diálogo com o trabalhador; uma devolutiva mediante às condutas adotadas. Desta maneira, considera-se que o processo de RT ainda apresenta desafios importantes do ponto de vista do trabalhador, que sinaliza o sofrimento e desassistência nesta vivência. São necessários avanços no sentido de fortalecer a comunicação, comprometimento e responsabilização

dos atores sociais, com foco nas necessidades do trabalhador e nas possibilidades de adaptação do ambiente de trabalho. Neste sentido, o Cerest pode assumir importante papel para além da atenção ao trabalhador, atuando como disparador e mediador das interações entre os diferentes atores, fortalecendo a comunicação e a tomada de decisão para que o RT seja gradual, consensual e atenda a nova condição de saúde do trabalhador.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador. Retorno ao Trabalho. Acidentes de Trabalho. Doenças Profissionais. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador.

ABSTRACT

Working conditions and requirements influence the life and health of workers, exposing them to accidents and illnesses due to work, which trigger processes of leave, suffering and, in many cases, generate or worsen situations of disability. Thus, return to work (RTW) can be a challenge, considering workers' new health condition and workplace. The RTW process must involve different social actors, with interaction and collaboration, considering workers' biopsychosocial aspects and their need to adapt to jobs. Center of Reference in Workers' Health (Cerest) is an important actor. They are institutions specialized in occupational health that promote intra and intersectoral articulation and contribute considerably to RTW. Thus, this study aimed to analyze the role of Cerest in the RTW process through the workers' statements, using the Psychodynamics of Work (PW) and the Canadian RT model as assumptions, as well as the Discourse Analysis (DA). This is a qualitative research that used semi-structured individual interviews with workers who returned to work after being off due to an accident or illness at work and who, during the period of absence, were followed by a Cerest from the countryside of the state of São Paulo. Eight workers participated in the study, five were men and three were women, aged between 22 and 66 years. They were bank clerks, production assistants, smelters, logistics assistants, engine rectifiers, cleaning assistants, drivers, and nursing technicians. Time off from work occurred between 2014 and 2018, with a minimum duration of one month and a maximum duration of two years, five resulting from work-related illnesses and three from work accidents. RTW proved to be, in most cases, a difficult experience, in which workers remain without assistance by employers or other institutions. Support came from family, the company's occupational service, or Cerest. Cerest was acknowledged for providing positive contributions to the leave process and RTW; however, it is limited in the RTW process, acting mainly with guidance for workers and recovery. As a result, actions must be improved, such as communication between team professionals and dialogue with workers; feedback through conducts adopted. Therefore, it is considered that RTW still poses important challenges from the workers' point of view, signaling suffering and lack of assistance in this experience. Advances are needed in order to strengthen communication, commitment, and co-responsibility of social actors, focusing on the needs of workers and the possibilities of workplace adaptation. In this regard, Cerest can play an important role beyond assistance to workers, acting as triggers and mediators of interactions among the different actors, strengthening communication and decision making so that RTW is gradual, consensual and meets workers' new health condition.

Keywords: Occupational Health. Return to Work. Accidents, Occupational. Occupational Diseases.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Etapas da Análise	43
Figura 2. Cerest e suas articulações intra e intersetoriais.....	48
Figura 3. Etapas da análise dos dados.	49
Figura 4. Conformação da seleção para coleta de dados.....	51

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Segmento 1: Sobre o processo de RT.....	53
Quadro 2. Segmento 2: Sobre os sentimentos do trabalhador no processo de RT.....	55
Quadro 3. Segmento 3: Sobre o apoio recebido no RT.....	58
Quadro 4. Segmento 4: Sobre o atendimento pelo Cerest.....	60
Quadro 5. Segmento 5: Sobre sugestões na atuação do Cerest.....	63
Quadro 6. Segmento 6: Considerações complementares sobre o RT.....	65

LISTA DE SIGLAS

AD	- Análise de Discurso
APS	- Atenção Primária à Saúde
Cerest	- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CISTT	- Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
CAT	- Comunicação de Acidente de Trabalho
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
CLT	- Consolidação das Leis Trabalhistas
DRS	- Departamento Regional de Saúde
DORT	- Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho
INSS	- Instituto Nacional do Seguro Social
LER	- Lesão por Esforço Repetitivo
MPT	- Ministério Público do Trabalho
PNSTT	- Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PRA	- Programa de Reabilitação Ampliada
PRP	- Programa de Reabilitação Profissional
PRT	- Programa de Retorno ao Trabalho
RAS	- Rede de Atenção à Saúde
Renast	- Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador
RT	- Retorno ao Trabalho
SESMT	- Serviço Especializado de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho
SINAN	- Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	- Sistema Único de Saúde
SRTE	- Superintendência Regional do Trabalho e Emprego
TAC	- Termo de Ajuste de Conduta
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSC	- Universidade Federal de Santa Catarina
UFSCar	- Universidade Federal de São Carlos
Visat	- Vigilância da Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
1.1 JUSTIFICATIVA	21
2 OBJETIVO	23
3 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....	24
3.1 PSICODINÂMICA DO TRABALHO	24
3.2 O CEREST NO CONTEXTO DO SUS	27
3.3 RETORNO AO TRABALHO	31
3.4 ANÁLISE DE DISCURSO	36
4 MÉTODO.....	40
4.1 TIPO DE ESTUDO	40
4.2 CAMPO DE ESTUDO	40
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	40
4.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	41
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	42
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	43
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
Resumo	44
Introdução.....	45
Metodologia.....	47
Resultados e Discussão.....	50
Considerações Finais.....	67
Limitações do Estudo.....	68
Referências.....	68
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
REFERÊNCIAS	75
APÊNDICES	85

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	85
Apêndice B - Roteiro para Seleção dos Participantes – Contato Telefônico.....	88
Apêndice C - Roteiro de Entrevista	89
ANEXOS	91
ANEXO 1 – Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos.....	91

APRESENTAÇÃO

Ao longo de minha graduação em Enfermagem, na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), tive a oportunidade de conhecer o campo Saúde do Trabalhador, uma vez que tal disciplina constava na grade curricular do curso, sendo também meu primeiro contato com esta área de conhecimento. Neste momento, o meu interesse e olhar já foram despertados, reforçados ainda com a parte prática da disciplina, por meio de visita em empresa. Fiquei entusiasmada, pois nunca havia refletido sobre a real importância de se estudar, praticar e, sobretudo, lutar pela Saúde do Trabalhador.

Ao concluir minha graduação, não hesitei em iniciar uma especialização em Enfermagem do Trabalho, considerando a satisfação e a motivação que eu havia adquirido com a disciplina de Saúde do Trabalhador ao longo da graduação.

Porém, ao iniciar minha carreira profissional, minha vida seguiu outros caminhos e comecei a desempenhar minhas atividades na Atenção Primária à Saúde (APS), área em que também contempla a Saúde do Trabalhador. Porém, sabe-se que até o atual momento, faz-se um incessante esforço junto às equipes da APS na sensibilização do olhar e assistência ao trabalhador, ou seja, considerar o usuário como um trabalhador, que carrega um contexto e histórico laboral. E isso não era diferente quando eu atuava em tal nível de atenção. Sendo assim, eu não conseguia me dedicar exclusivamente aos trabalhadores e, em diversas situações, o contexto laboral passava-se despercebido pelos meus olhos.

Permaneci por cinco anos na APS e não me sentia completamente feliz com meu trabalho, tendo a sensação de que eu não “me encontrava” nesta área.

Em 2015, a prefeitura para qual trabalho havia aberto concurso para enfermeiro do trabalho e, com isso, os sentimentos que um dia foram despertados, mas que com a rotina em outra área tornaram-se ocultos, haviam renascidos. Prestei o concurso e passei em primeiro lugar. Quanta emoção em pensar que eu teria a oportunidade de trabalhar na área que tanto me despertou!

Entretanto, como a maioria dos concursos públicos, a chamada para assumir a vaga levaria tempo e isso levou dois anos em minha vida. Eu diria dois longos anos de ansiedade (risos).

Foi então, em 2017, que fui chamada para assumir a vaga de enfermeiro do trabalho em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest). Nesta função, tenho a oportunidade de investigar o agravo do trabalhador, promover assistência, verificar as condições do ambiente de trabalho ao qual o trabalhador está submetido, monitorar banco de

dados, realizar articulações com outros serviços, bem como a discussão com demais colegas de outra categoria profissional, além de promover educação voltada à Saúde do Trabalhador em diversas instituições. E, com isso, eu “me encontrei”, como se de repente tudo fizesse sentido e o meu trabalho ganhava significado. Enfim, eu estava de fato, assistindo e lutando exclusivamente pelo trabalhador.

A partir disso, a motivação para o trabalho retornou e assim, o desejo por me especializar mais na área também surgiu. Comecei a traçar objetivos e o mestrado era um deles.

O Cerest me abriu várias portas. Tive e tenho a oportunidade de conhecer pessoas engajadas com a Saúde do Trabalhador, bem como participar e elaborar eventos na referida temática. No primeiro evento que pude participar, enquanto Cerest, no município de São Carlos, conheci alguns importantes atores, entre eles, a Maria, fiscal da vigilância sanitária do referido município. Maria era aluna da Prof^ª. Dra. Vivian, docente da área em questão, e contou-me que a UFSCar estava com processo para mestrado aberto e a Prof^ª Vivian era a responsável pela área de Saúde do Trabalhador.

Particpei do processo seletivo para o mestrado e consegui a vaga. Discutindo com minha orientadora e refletindo sobre tal área, juntamente com a minha nova prática profissional, comecei a observar que um momento difícil para o trabalhador, com diferentes obstáculos e, geralmente, causador de sofrimento era o retorno ao trabalho.

E pensando nisso, surgiu este trabalho. A trajetória não foi fácil, uma vez que durante a sua elaboração tive a oportunidade de fazer, concomitantemente, um curso de especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, oferecido pela Fiocruz aos servidores públicos que atuam na Saúde do Trabalhador, o qual conclui em março deste ano. Mas, foi com muita fé, força e determinação que se encontra aqui o resultado de minha pesquisa. Que ele possa ser útil não apenas para a academia, mas principalmente aos trabalhadores e atores sociais envolvidos no processo de retorno ao trabalho, para a reflexão, elaboração e intervenções que proponham melhorias neste processo e amenizem ou mesmo não ocasionem o sofrimento ao trabalhador.

1 INTRODUÇÃO

O mundo do trabalho, ao longo da história, segue permeado por diversas mudanças, inicialmente desencadeadas por conquistas e, mais recentemente, por perdas destas conquistas e de direitos. Este contexto impacta diretamente na vida do trabalhador, gerando diversos sentimentos como incertezas e sensação de instabilidade no trabalho, especialmente decorrentes das alterações nas legislações trabalhistas e o consequente processo de precarização do trabalho (LANCMAN; BARROS; JARDIM, 2016).

Tal precarização é marcada por flexibilizações de contratos de trabalho, como terceirizações e quarteirizações, que atribuem uma redução dos deveres trabalhistas de empregadores para com o seu contratado. E vai além, uma vez que possui um caráter multidimensional, ou seja, abrange aspectos econômicos e sociais, incutindo no trabalhador o sentimento de despertencimento social (FRANCO; DRUCK; SELIGMANN-SILVA, 2010).

Esta repercussão social evidencia o significado do trabalho na vida do ser humano, que possui papel fundamental e é parte indispensável e inseparável de sua vida, haja vista que apresenta uma posição teleológica e permite o estabelecimento de relações, sejam de trabalho ou interpessoais (ANTUNES, 2011).

Com isso, o contexto laboral é considerado um fator determinante no processo saúde-doença, uma vez que influencia e afeta tanto fatores individuais, condições de vida e de saúde dos trabalhadores, como determinantes de maior abrangência, envolvendo grupos e coletividade (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Assim, as demandas físicas, emocionais e cognitivas às quais o trabalhador fica submetido no ambiente de trabalho interferem diretamente em sua condição de saúde, podendo também desencadear ou agravar processos de adoecimento (CARDOSO, 2015), ou mesmo aumentar a probabilidade de ocorrência de acidentes.

Conforme dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de 2018, foram registradas 340,8 mil notificações relacionadas ao trabalho (MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO, 2018a), sendo que 76,6% dos municípios compreendidos por um Centro de Referência em Saúde do Trabalho (Cerest) realizaram a notificação de doenças e agravos relacionados ao trabalho em tal ano (BAÊTA, 2020).

A ocorrência de agravos relacionados ao trabalho pode acarretar afastamento do ambiente laboral, em decorrência de consequências na saúde física e psicológica dos trabalhadores e dos processos e organizações do trabalho. O afastamento do trabalho, por si,

caracteriza-se como um causador significativo de sofrimento, além de poder agravar condições de incapacidade (CANAL; CRUZ, 2013). Ainda, ocasiona uma ruptura nos processos de vida e de trabalho do indivíduo, visto que não há condições deste trabalhador submeter-se ao trabalho executável por ele previamente (RAMOS; TITTONI; NARDI, 2008).

No Brasil, o número de afastamentos por motivos relacionados ao trabalho tem aumentado ao longo dos últimos anos, devido às reformulações nas condições e organizações do trabalho (LANCMAN; BARROS; JARDIM, 2016). Segundo Observatório de Segurança e Saúde no Trabalho, do Ministério Público do Trabalho (MPT), foram registrados por meio da Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT), 623,8 acidentes de trabalho no ano de 2018, sendo 154,8 mil enquadrados como afastamento acidentário (B.91), ou seja, em decorrência de acidente ou doença pelo trabalho, representando um gasto com o benefício de R\$ 2,3 bilhões e um acumulado de R\$ 15,6 bilhões neste mesmo ano (MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO, 2018b).

O tempo de afastamento influencia o retorno ao trabalho, assim como a ausência de adequações no ambiente e organização laboral, que podem comprometer o retorno e permanência do trabalhador, bem como levar a novos afastamentos (SALDANHA *et al.*, 2013).

O processo de retorno ao trabalho (RT) pode representar um desafio ao trabalhador, visto que, em muitos casos, lida com uma nova condição física, acarretando frustrações perante a idealização de capacidade para a função anteriormente desempenhada e pela possibilidade de se deparar com uma nova organização e configuração do trabalho (POERSH; MERLO, 2017). Ultrapassa a concepção restrita de retorno a execução das atividades desenvolvidas anteriormente ao acidente ou adoecimento; refere-se a diversos aspectos da vida do trabalhador, iniciados por um comprometimento biopsicossocial ou pelo afastamento do trabalho (MACAIA; FISCHER, 2015).

Trata-se de um processo em que há discussões acerca de informações, expectativas e significados, associados a decisões que devem ser avaliadas para avanços que atendam às necessidades e demandas dos trabalhadores e empregadores (ANSOLEAGA *et al.*, 2015).

Ademais, há de se considerar para o RT, a classificação da patologia, suas consequências como limitações; evolução do tratamento; pareceres dos médicos assistencial, do trabalho e do seguro social nas situações que envolvem o trabalhador, considerando aspectos da profissão e do local de trabalho (PARDO; GARCÍA, 2018).

Ainda neste processo, o trabalhador defronta-se com momentos de decisão em que

considera as novas condições e as possíveis dificuldades que irá encontrar, bem como com a existência de possíveis recursos que contribuam no enfrentamento de tais dificuldades (CORBIÈRE *et al.*, 2016).

Considerando as complexidades do contexto trabalho, com sua gama de informações, mudanças e impactos no trabalhador e, ao mesmo tempo, buscando consolidar a atenção integral aos indivíduos, com ações de prevenção, acompanhamento, vigilância e promoção da saúde, foi criada em 2002 a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), que integra as Redes de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio dos Cerest (BRASIL, 2017a).

O Cerest possui ações destinadas a todos os trabalhadores, independente do vínculo empregatício e forma de inserção no mercado de trabalho, que foram vítimas de acidente de trabalho ou que estão acometidos por alguma doença do trabalho. Suas ações incluem assistência especializada, vigilância dos ambientes de trabalho, promoção, proteção e recuperação da saúde dos trabalhadores (BRASIL, 2017b), incluindo ainda neste rol, o acompanhamento e apoio ao trabalhador para o retorno ao trabalho.

Um retorno eficaz ao trabalho ocorre à medida que são consideradas dimensões que incluem o indivíduo, o ambiente de trabalho e os atores sociais, com ações assistenciais e de vigilância em saúde em articulação intra e intersetorial (BAHIA, 2014). Sendo assim, o delineamento e execução de tais ações abrangem a competência do Cerest, o que o torna uma instância com capacidade de contribuição significativa para o processo de RT. Contudo, os Cerest ainda possuem atuação limitada, pois suas ações dependem de outras instâncias do SUS, como a Atenção Primária à Saúde (APS), que não tem a Saúde do Trabalhador como foco principal de suas intervenções (COSTA *et al.*, 2013).

Por outro lado, o Cerest vem recebendo destaque ao longo dos anos pelo auxílio ao trabalhador no reconhecimento do nexos causal e, apesar de desenvolver ações predominantemente assistenciais, vem ampliando seu escopo com ações de vigilância nos ambientes de trabalho, permitindo uma atuação mais abrangente com alcances de causalidade e das coletividades, além do desenvolvimento de processos de educação. Quanto à sua competência fiscalizatória, ainda enfrenta resistências por parte dos empregadores e, para tanto, articula-se com outros atores que lhe empregam poder e impõem garantia de transformação de cenários, como a estabelecida com o MPT, além de parcerias com sindicatos e universidades (MEDEIROS *et al.*, 2013).

Além disso, um Cerest bem estruturado amplia sua abrangência nas ações de

capacitação da RAS e vigilância dos agravos decorrentes do trabalho, com consequente aumento das notificações (GALDINO; SANTANA; FERRITE, 2012), fruto também de sua atuação junto às unidades sentinelas (MACIEL, 2014).

Reconhecendo o papel do Cerest na atenção à saúde dos trabalhadores, sua importância na Renast e no SUS e seu potencial de contribuição para o processo de retorno ao trabalho dos trabalhadores assistidos, este estudo propôs a seguinte questão de pesquisa: Como os trabalhadores percebem o Cerest no processo de retorno ao trabalho?

1.1 JUSTIFICATIVA

O processo de RT é um momento determinante na vida do trabalhador, no qual ele será reinserido no ambiente de trabalho, seja o que ocasionou um agravo à sua saúde, acidente ou adoecimento, e cujas consequências repercutiram em diversos âmbitos que o envolvem, social, familiar, econômico, etc., ou um local de trabalho diferente do que pertencia anteriormente.

Neste processo, o trabalhador encontra-se envolto de expectativas e aflições, uma vez que, geralmente, depara-se com as mesmas condições e organizações do trabalho que acarretaram seu comprometimento de saúde, ou seja, com um ambiente sem modificações e com as mesmas exigências prévias ao acidente ou adoecimento.

O Cerest é responsável por apoiar os trabalhadores em diferentes situações, inclusive no RT, atuando no acompanhamento do trabalhador, reabilitando-o e auxiliando em sua reinserção no mercado de trabalho, por meio da articulação com outros atores, incluindo o empregador. Este apoio inclui fiscalizações no ambiente de trabalho, orientações e diálogos para mudanças e adaptações nos postos de trabalho e adequações que eliminem ou minimizem os riscos presentes em determinada atividade.

Por contar com equipe multiprofissional, por incluir trabalhadores independente de vínculo empregatício ou situação de trabalho e por sua interlocução com diversas instâncias, o Cerest possui uma enorme potencialidade em mediar relações e tomadas de decisão junto aos múltiplos atores que perpassam o afastamento e RT. Todavia, apesar de possuir este alcance de atuação, diversos estudos têm apontado suas fragilidades e limitações (VIANNA *et al.*, 2017; LEÃO; VASCONCELLOS, 2011).

Os estudos que avaliam o Cerest, seus avanços e desafios, não têm buscado compreender seu papel no RT, fazendo com que a presente pesquisa traga progressos nesta temática. Também não foram encontrados estudos nacionais que buscassem desvelar as

percepções dos trabalhadores atendidos pelo Cerest, corroborando a relevância desta pesquisa.

Desta forma, é importante o reconhecimento das possíveis contribuições que o Cerest proporciona no RT pela perspectiva do público que, efetivamente, as recebe (ou seja, o trabalhador). Somado a isso, por meio dos discursos dos trabalhadores será possível identificar possibilidades de melhorias e aperfeiçoamentos neste serviço, além de fomentar possíveis iniciativas para a implementação de programas de RT que tenham o Cerest como propulsor.

2 OBJETIVO

Compreender o papel do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador no processo de retorno ao trabalho, por meio do discurso de trabalhadores.

3 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

Este estudo ancora-se na compreensão do trabalho como gerador de sofrimento, mas também prazer aos indivíduos, apoiando-se no referencial da Psicodinâmica do Trabalho (DEJOURS, 1988) para compreender como esta relação, quando em desequilíbrio, traduz-se em adoecimentos e conseqüente afastamentos das atividades laborais. Tais afastamentos assumem perfis distintos, a depender das características de cada caso; todavia, a grande maioria resulta em RT (ao já existente ou a um novo), reflexão que será embasada no referencial canadense de retorno ao trabalho, proposto por Loisel e colaboradores (2005).

Por fim, para responder à questão proposta neste estudo, que busca compreender o papel do Cerest no contexto de retorno ao trabalho na voz de trabalhadores que foram atendidos por este Centro, optou-se pela Análise de Discurso (ORLANDI, 2015), que permite captar os sentidos e os significados, que se apresentam carregados de história e ideologia, expressos no discurso de cada trabalhador.

3.1 PSICODINÂMICA DO TRABALHO

Para melhor compreensão do processo de RT, é necessário o entendimento do significado do trabalho para o trabalhador, assim como as repercussões que este ocasiona à sua vida e saúde.

Trabalhar é transformar-se a si mesmo, em um movimento em que o corpo subjetivo experimenta o trabalho e, conseqüentemente, o fracasso, o sofrimento e o prazer que decorrem dele e, ao mesmo tempo, adquire habilidades com experiência do trabalho real-efetivo (BARROS; LANCMAN, 2016). Além disso, a atividade laboral confere ao trabalhador a construção da identidade (AMARAL *et al.*, 2017), estando atrelada ao reconhecimento no âmbito individual e social, que abarca o reconhecimento da atividade desenvolvida pelo trabalhador, bem como o sentimento de gratidão (DEJOURS, 1999), resultando em prazer.

O trabalho ainda proporciona uma prática democrática, um espaço e momento coletivo, onde são estimuladas falas e discussões acerca dos mecanismos da atividade laboral e seus reflexos na saúde, estimulando a cooperação entre os trabalhadores (MENDES, 1995). É importante ressaltar que a promoção de espaços de trocas que preservem a autonomia e identidade do trabalhador, proporcionam seu desenvolvimento e potencializam o prazer no trabalho, sentimentos que contribuem com a qualidade de vida e bem-estar.

Por outro lado, a organização do trabalho compreende a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa, o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade (DEJOURS,1988) e outros aspectos que podem provocar alienação e desgaste do trabalhador. Neste sentido, o trabalho passa a ser um fator gerador de sofrimento ao indivíduo, afetando a saúde e diversos aspectos da vida como um todo, dificultando o alcance da qualidade de vida e bem-estar.

As situações de sofrimento podem ser desencadeadas em determinado contexto laboral em que o trabalhador, ao desempenhar sua atividade sempre nas mesmas condições, sem incentivo, rotineiramente, sofre impactos na saúde física e psíquica, uma vez que se vê estagnado, ou seja, ao mesmo tempo em que produz algo resultante de sua atividade, ele não o produz, pois se vê sem novas contribuições (DEJOURS, 1986).

Os sentimentos que emergem com o trabalho, como fracasso, medo, inaptidão não resultam, necessariamente, de questões pessoais, mas são reflexos da organização do trabalho (SZNELWAR; UCHIDA; LANCMAN, 2011).

Os reflexos da organização atingem, inicialmente, o corpo físico do trabalhador e, posteriormente, o aparelho psíquico. A partir disso, os trabalhadores sofrem um processo de dominação do campo mental, seguindo com a ocultação de seus desejos, ocasionando uma anulação do comportamento livre. Com isso, todas as exigências físicas e psíquicas provenientes da organização laboral levam o trabalhador a um processo de alienação, ou seja, uma confusão de desejos, na qual ocorre uma sobreposição da influência organizacional no desejo do trabalhador, eliminando seu livre arbítrio (DEJOURS, 1988).

Esta alienação vem se estendendo ao longo da história, sendo marcada por processos de precarização e flexibilização do trabalho, condições fortemente incentivadas e, mais claramente evidenciadas, nos últimos tempos. Salienta-se que “a precarização do mundo do trabalho e a desregulação social em curso apontam para um processo de apagamento das noções de limites biopsicossociais – inclusive éticos, cuja função é proteger a vida” (FRANCO, 2011).

Isso impacta na saúde e qualidade de vida, pois “o trabalhador sofre à medida em que é impedido de colocar seu ritmo, sua subjetividade e inteligência nas atividades laborais, tornando-se mais submisso e menos sujeito atuante no contexto de trabalho” (GIONGO; MONTEIRO; SOBROSA, 2015).

A organização do trabalho preza pelo trabalho individual, ou seja, promove uma exclusão do trabalhador, associando a isso uma demanda excessiva acompanhada de metas,

sendo que o reconhecimento se dá com possíveis premiações pelo alcance destas metas. Assim, a organização do trabalho, ao mesmo tempo que determina característica técnica, aponta para dominação (DEJOURS, 2019).

Concomitantemente ao surgimento do sofrimento do trabalhador por sua exclusão, instala-se um estado de normalidade, com uma "naturalização da prática social injusta" que, segundo Lancman e Uchida (2003):

Não se deve confundir estado de normalidade com estado saudável. Se, de um lado, a normalidade pode refletir equilíbrio saudável entre as pessoas, pode, de outro, ser um sintoma de um estado patológico, ou seja, o estabelecimento de um precário equilíbrio entre as forças desestabilizadoras dos sujeitos e o esforço destes e dos grupos no sentido de se manterem produtivos e atuantes à custa de muito sofrimento e que se estenderá também em sua vida fora do trabalho (LANCMAN; UCHIDA, 2003, p.82).

Mediante isso, os trabalhadores criam, inconscientemente, estratégias defensivas contra o sofrimento oriundo da organização do trabalho, como o "calar-se", uma vez que o sofrimento é motivo de vergonha; não se fala sobre ele, pois admitir o sofrimento ou doença é sinônimo de vagabundagem, visto que impede o trabalho, ou seja, procura-se ajuda apenas no limite da dor, ficando o sofrimento em nível do inconsciente (DEJOURS, 1988). Isto porquê trabalhar pode resultar em fracasso, o que implica no desenvolvimento de estratégias para suprir tal fracasso (NUSSHOLD, 2019).

Estas estratégias podem, no nível individual ou coletivo (grupo de trabalhadores organizados, com crenças ou condutas comuns), traçar possibilidades para a redução dos efeitos da realidade laboral e, por consequência, do sofrimento inerente à organização do trabalho (MOLINIER, 2013).

Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994, p. 178) explicam que:

A diferença fundamental entre um mecanismo de defesa individual e uma estratégia coletiva de defesa é que o mecanismo de defesa está interiorizado (no sentido psicanalítico do termo), ou seja, ele persiste mesmo sem a presença física de outros, enquanto a estratégia coletiva de defesa não se sustenta a não ser por um consenso, dependendo assim de condições externas.

Contudo, se estas estratégias de defesa enfraquecem (BRANT; MINAYO, 2004) ou mesmo, se o indivíduo não consegue alcançar alternativas que superem o sofrimento, com sua transformação em prazer, origina-se o adoecimento (VIEIRA, 2014). Este adoecimento, também resultante do esgotamento das formas de adaptação do trabalhador perante a organização do trabalho, gera a insatisfação, que por sua vez irá resultar em uma fadiga e ansiedade, ou seja, um esgotamento do corpo e desgaste gradativo de sua saúde (DEJOURS,

1988).

Em um alcance de maior amplitude da condição física e psicológica do trabalhador, o adoecimento pode desencadear afastamentos das atividades laborais e acentuar o sofrimento do trabalhador, promovendo um movimento para busca de um novo sentido do trabalho, que pode ser conferido pelo apoio advindo dos familiares e de outros setores da sociedade (ZAMBRONI-DE-SOUZA; MORAES, 2018), como o Cerest, para o restabelecimento de sua saúde e apoio ao RT.

3.2 O CEREST NO CONTEXTO DO SUS

As históricas e incessantes lutas pelo estabelecimento e incorporação da Saúde do Trabalhador como uma política pública de saúde promoveu diversos avanços ao SUS, na tentativa de romper com a assistência fragmentada, centralizada e verticalizada (LEÃO; VASCONCELLOS, 2011). Apesar das ações em saúde do trabalhador estarem asseguradas pela Constituição Federal de 1988 e reafirmadas pelas Leis Orgânica de Saúde nº 8.080/90 e 8.142/90, a execução propriamente dita, bem como o reconhecimento de tal área ainda é objeto de debate e lutas para sua efetiva implementação. Com isso, por não ter sido incorporada aos serviços de saúde do SUS conforme previsto na legislação e mediante sua relevância para atenção integral à saúde dos trabalhadores criou-se, em 2002, a Renast – uma rede de informações e práticas de saúde entre as esferas governamentais (União, Estados, Distrito Federal e Municípios), que se integra aos serviços que compõem o SUS e desenvolvem ações de promoção, assistência e vigilância em saúde do trabalhador (BRASIL, 2017a).

Estes avanços da área decorreram da necessidade de atenção aos impactos do trabalho na saúde dos trabalhadores, com foco em ações de promoção à saúde nos espaços laborais e prevenção (e, sempre que possível, eliminação) dos reflexos negativos desta relação. Para tanto, a organização desta rede de atenção pautou-se na premissa de que:

Um modelo de atenção integral à saúde dos trabalhadores implica em qualificar as práticas de saúde, envolvendo o atendimento dos acidentados do trabalho, dos trabalhadores doentes, das urgências e emergências às ações de promoção e proteção da saúde e de vigilância, orientadas por critério epidemiológico. Para que isso ocorra de modo efetivo, faz-se necessária abordagem interdisciplinar e a utilização de instrumentos, saberes, tecnologias originadas de diferentes áreas do conhecimento, colocados a serviço das necessidades dos trabalhadores (BRASIL, 2006, p.17).

A partir disso criou-se o Cerest, principal estratégia da Renast no SUS, que deve articular-se com os demais pontos de atenção à saúde, como setores de assistência

ambulatorial e hospitalar, objetivando a consolidação de um sistema integrado de informações da área (BRASIL, 2017b). Trata-se de um serviço especializado, referência em Saúde do Trabalhador à toda rede de atenção do SUS, com ações pautadas na assistência, vigilância, proteção, promoção (BRASIL, 2018), prevenção, monitoramento, informação, educação e recuperação da saúde do trabalhador.

É importante salientar que, conforme a lei 8.080/90, em seu art. 6º, § 3º:

Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho; (BRASIL, 1990).

Sendo o Cerest um centro especializado com enfoque nos agravos do trabalho e considerando a sobrecarga do SUS, muitos Cerest ainda promovem assistência direta ao trabalhador, seja no intuito de contribuir para o alívio da sobrecarga do sistema de saúde, com o atributo de um olhar específico para este público, ou mesmo por questões interpretativas da legislação. Contudo, é importante compreender que a legislação aponta que as ações de atenção ao trabalhador devem acontecer na Rede de Atenção à Saúde, tendo a Atenção Primária como porta de entrada, sendo a Saúde do Trabalhador uma linha de cuidado que perpassa todos os níveis de atenção.

Logo, para especificar a atuação e competência do Cerest enquanto instância com foco nos trabalhadores, várias portarias foram definidas, como a 1.679/2002 que criou a Renast, a 1.823/2012 que trata da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), dentre outras, as quais enfatizam o papel do Cerest como retaguarda técnica dos serviços do SUS em Saúde do Trabalhador, não devendo desenvolver atividades que o caracterizem como porta de entrada do sistema de saúde (BRASIL, 2005).

Ainda assim, muitos Cerest assumem condutas diferentes, sem haver uma padronização nas ações e persistindo na assistência direta aos trabalhadores.

Mediante isso e visando corrigir as assimetrias existentes na atuação dos diversos Cerest, foi proposto em 2018, por meio da Resolução 603, elaborada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), um modelo de organização dos Cerest no País, ratificando seu foco no apoio institucional, técnico e pedagógico em Saúde do Trabalhador para os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde no SUS. Ou seja, as "ações de assistência especializada realizadas pelo

serviço têm como um dos objetivos centrais a elucidação e o estabelecimento da relação do adoecimento com o trabalho" (estabelecimento donexo causal) (BRASIL, 2018).

Atualmente, o Brasil dispõe de 210 Cerest em todo o território nacional (BRASIL, 2017a), sendo 27 classificados como estaduais, referente a cada Estado e a Unidade Federativa, e os demais indicados como regionais, compreendendo um quantitativo de municípios em sua área de abrangência (BRASIL, 2018).

A composição do Cerest compreende uma equipe multiprofissional, sendo que apenas algumas categorias coincidem entre os diversos Cerest no País. Isto se deve ao fato ser exigida equipe mínima na configuração do Cerest, com apontamento da quantidade de profissionais de nível médio e superior (BRASIL, 2018). No entanto, em sua maioria, os Cerest apresentam uma equipe técnica diversificada, no intuito de atender às necessidades dos trabalhadores da localidade abrangente, considerando as características do território, como o perfil produtivo e a prevalência de agravos decorrentes dos processos laborais na região abordada (BRASIL, 2018).

O Cerest oferece acesso universal à população trabalhadora, vítima de agravos de saúde decorrente dos processos produtivos e organizações laborais, o que inclui autônomos, mercado informal e desempregados. Também engloba ações fiscalizatórias e de inspeções (com consequente intervenções, se cabíveis) em instituições empregadoras públicas e privadas da sua área de abrangência.

O Cerest também apresenta contribuição significativa na consolidação da política de saúde do trabalhador (MENDES *et al.*, 2015), uma vez que se relaciona com diversos atores sociais, pertencentes ou não ao SUS, que atuam em diferentes vertentes da Saúde do Trabalhador, incluindo sindicatos, MPT, Superintendência Regional do Trabalho e Emprego (SRTE) e universidades, para o alcance de resolução satisfatória e elaboração de estratégias consistentes às situações que se fizerem presentes. Esta interação é possível, haja vista sua competência de:

Atuar como centro articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador, assumindo a retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS e se tornando polo irradiador de ações e experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica (BRASIL, 2017b).

Ainda, promove articulação com o controle social, dispositivo de participação da comunidade, por meio da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT), instância que assessora os Conselhos de Saúde nas questões relativas à Saúde do

Trabalhador (ARTUR, 2015). Esta interação ocorre por meio de reuniões periódicas, para a discussão de aspectos da temática e de ações, bem como para o acompanhamento da atuação do Cerest.

Em relação aos locais de trabalho, o Cerest também contribui significativamente para a adequação dos setores laborais e, conseqüentemente, para a prevenção de novos agravos à saúde do trabalhador. Tais modificações resultam da ação fiscalizatória decorrente, principalmente, de acidentes de trabalho e do mapeamento de risco de diferentes ramos de atividade, em intervenção compartilhada com outras instâncias (MATURINO; FERNANDES; RÊGO, 2018).

Com isso, refletindo sobre o RT, o Cerest torna-se um potencial ator neste processo, desenvolvendo ações que podem contribuir para o reingresso do trabalhador com melhores condições de saúde e em ambientes laborais saudáveis. É importante ressaltar que a temática de RT vem sendo pouco explorada na perspectiva dos Cerest, o que não possibilita a contextualização deste fenômeno no âmbito nacional.

Foi possível identificar, na literatura, três iniciativas de Programas de Retorno ao Trabalho (PRT) elaborados pelos Cerest de Piracicaba (SP), Bahia (BA) e Santa Catarina (SC), que apresentam uma abordagem estruturada, considerando as incapacidades e os aspectos biopsicossociais de cada trabalhador.

O PRT da Bahia pautou seu planejamento e implantação a partir do desenvolvimento de ações sincrônicas em três dimensões: indivíduo, ambiente de trabalho e atores sociais que integram a assistência e vigilância da saúde do trabalhador (Visat) e estejam articulados intra e intersetorialmente (BAHIA, 2014). Este Programa contempla cinco etapas: coleta e organização dos dados e disposição em matrizes para desenvolvimento; categorização em unidades de análise; alcance de consensos sobre as matrizes; confecção visual do modelo; e alcance de consensos sobre o modelo. É desenvolvido por equipe multiprofissional que atua de maneira interdisciplinar, com ações voltadas aos trabalhadores acometidos por Lesões por Esforço Repetitivo/Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho (LER/DORT). O plano de ações é discutido e validado inicialmente com o trabalhador e, posteriormente, acrescido com o envolvimento de diversos atores sociais, como empresários, profissionais de saúde do SUS e empresas particulares, além de representantes do INSS (LIMA *et al.*, 2019).

O Cerest de Piracicaba desenvolveu um programa pautado no modelo de incapacidades, com abordagem ampliada aos aspectos psicológicos e sociais para trabalhadores com LER/DORT, promovendo atenção terapêutica multidisciplinar aos

trabalhadores incluídos no programa, além de realizar reuniões com o Programa de Reabilitação Profissional (PRP) do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). A conclusão do programa foi alcançada por 70 trabalhadores, dos quais 32% concluíram o programa e desses, 31% retornaram para a empresa a qual estavam vinculados, 7% retornaram com outro empregador, 33% aposentaram e 29% permaneceram afastados (TAKAHASHI *et al.*, 2010).

O Cerest Estadual de Santa Catarina elaborou um Programa de Reabilitação Ampliada (PRA) resultante de um Termo de Ajuste de Conduta (TAC) do MPT, com a interação da empresa, Cerest estadual, INSS e Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). O TAC foi aplicado devido ao expressivo número de trabalhadores adoecidos por LER/DORT e depressão. O programa atendeu 425 trabalhadores, com média de 100 trabalhadores novos a cada bimestre. Foi desenvolvido por equipe multiprofissional, com oferta de assistência em grupos e requalificação profissional por meio de cursos. O processo de RT do trabalhador foi gradual, com adequações dos postos de trabalho. Ao final do programa, os trabalhadores apresentaram melhora física e psicológica, sendo que 64% efetuaram o RT ou estavam em processo de retorno e 7% aposentaram (BARTILOTTI *et al.*, 2009).

Desta forma, ainda que incipiente, fica evidente a potencialidade do Cerest, no acompanhamento do trabalhador e desenvolvimento de ações que envolvam os diferentes atores, repercutindo positivamente no RT e na condição de saúde e, conseqüentemente, na qualidade de vida dos trabalhadores. Cabe a ressalva que tais aspectos não o apontam como o centro de uma possível política pública de RT no Brasil (extremamente necessário no contexto nacional, porém, que ainda precisa ser discutida em perspectiva intersetorial), mas enaltecem sua importância e atuação enquanto articulador neste processo.

3.3 RETORNO AO TRABALHO

O processo de RT pode ser compreendido de duas concepções distintas, que vão pautar desde as ações de reabilitação e reinserção laboral (nível individual), até iniciativas de intervenções coletivas, com vistas à promoção da saúde e prevenção de doenças do trabalho.

Em uma concepção restrita, o RT pode ser compreendido como a retomada das atividades laborais após período de afastamento ou ausência do trabalho, em decorrência de agravos e comprometimentos de saúde, oriundos da atividade laboral ou não, que podem desencadear processos temporários ou permanentes de incapacidades e aposentadorias por invalidez. Com isso, o RT está diretamente relacionado à (in)capacidade para o trabalho, sendo que a falta de resolutividade dos agravos pode acarretar na perda das capacidades e

comprometimento à saúde, desencadeando ou aumentando os períodos de afastamento do trabalho (LOISEL *et al.*, 1994).

No Brasil, o afastamento e o RT são processos associados ao adoecimento individual e à noção da capacidade para o trabalho, em uma perspectiva biológica e médico-centrada, limitada a intervenções na doença, principalmente em seus aspectos biológicos e fisiológicos, mesmo os fatores psicossociais interferindo consideravelmente no processo de reabilitação e, portanto, no próprio processo de RT (MININEL *et al.*, 2012).

No contexto nacional, o INSS é o responsável pela concessão de afastamento aos trabalhadores formais regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) ou contribuintes, podendo ser classificados como acidentário (em decorrência de agravos do trabalho, como acidentes ou adoecimentos) ou previdenciário (comprometimentos de saúde sem relação ocupacional). O trabalhador é direcionado ao INSS em afastamentos superiores a 15 dias, nos quais o empregador fica desobrigado, legalmente, a manter a remuneração do trabalhador, ou seja, a renda mensal deste passará a ser realizada pelo INSS, caso seja deferida a condição de incapacidade laboral do trabalhador, após avaliação do médico perito de tal instância (MININEL, 2010). Para os trabalhadores não segurados pelo Instituto, não há proteção ou compensação financeira durante o afastamento do trabalho, ficando as ações direcionadas à recuperação da saúde conduzidas exclusivamente ao SUS, sem articulação com empregadores ou outros setores.

Uma crítica importante a este modelo está na própria limitação de acesso (restrita a trabalhadores do setor formal) e na operacionalização das ações para a reabilitação e o RT. O trabalhador deveria ser avaliado e reavaliado considerando suas condições biopsicossociais, a fim de constatar suas condições efetivas para o RT sustentado, com a sua consequente permanência no ambiente laboral. No entanto, o INSS estipula um período de benefício com data determinada para cessação, baseado exclusivamente no diagnóstico e sem reavaliação do trabalhador, com “total ausência de participação do SUS, responsável pela assistência à saúde da população e do trabalhador, integrante do sistema de seguridade social juntamente com a previdência e a assistência social” (MAENO; BUSCHINELLI, 2012). Desta forma, o trabalhador é liberado para RT ou encaminhado ao PRP do INSS quando constatada alguma incapacidade para o trabalho. A admissão para o PRP exige a avaliação médico-pericial, jurídica e sócio-profissional, porém, dada às suas características, não vem se apresentando de maneira eficaz, pois além de destinar-se apenas ao público contribuinte do INSS, o fato do trabalhador concluir o programa de reabilitação não garante um retorno ao trabalho em

condições recomendadas (MIRANDA *et al.*, 2020).

Programas de RT e de reabilitação profissional que buscam capacitar o trabalhador para outra atividade laboral, com o objetivo de retorná-lo ao mercado de trabalho, são altamente recomendáveis, pois iniciativas de reabilitação profissional devem ser preferidas ao invés de aposentadorias por invalidez, considerando tratar-se de uma medida eficaz e econômica no apoio à capacidade de trabalho e a capacidade funcional (KURONEN *et al.*, 2020).

No caso do Brasil, a carência de recursos materiais e humanos nos serviços do INSS e do SUS, assim como a falta de integração dos diferentes serviços, sistemas e políticas criam barreiras ainda maiores para as mudanças nas condições de trabalho e para a assistência à saúde e reabilitação profissional, mostrando a contradição entre a legislação e a realidade (TOLDRÁ *et al.*, 2010).

Em contraponto à concepção restrita do RT, uma perspectiva ampliada de saúde, o RT pode ser considerado como um processo complexo, permeado por interesses distintos (do trabalhador, do empregador, do serviço de saúde e da agência de seguridade social) que, possuindo foco em um ou mais atributos, devem se alinhar com um intuito comum para o êxito deste processo (FRANCHE *et al.*, 2005), sendo suas decisões repercutidas no trabalhador. As partes envolvidas neste processo são denominadas atores sociais, que ao atuarem de maneira integrada e colaborativa, considerando os aspectos biopsicossociais do trabalhador no restabelecimento da saúde e relações sociais e laborais, alcançam o sucesso de tal processo. Além da colaboração entre os atores sociais, faz-se necessária especial atenção aos aspectos subjetivos do trabalhador, uma vez que o RT também é fortemente influenciado pelas crenças, sentimentos e capacidade de autoeficácia deste (CORBIÈRE *et al.*, 2016), somado ao significado do trabalho enquanto ofício, ou seja, a parte pessoal subjetiva, embasada socialmente, que visa o alcance real do trabalho, considerando o trabalho prescrito (CLOT, 2013). Isso significa que o sucesso do RT também dependerá da percepção do trabalhador sobre si próprio, ou seja, as situações e condições que o mesmo identifica como obstáculo para seu retorno, bem como sua capacidade para superá-los (CORBIÈRE *et al.*, 2017).

Franché *et al.* (2005) consideram como atores sociais os próprios trabalhadores, seus familiares, a entidade sindical, o empregador ou seus representantes (gerentes e supervisores), os prestadores de serviços de saúde (como as unidades de saúde e Cerest) e representantes da entidade compensatória (no Brasil, representada pelo INSS).

Loisel e Durand (2005) explicam que a incapacidade para o trabalho deve ter enfoque para além da perspectiva individual, sendo necessária uma abordagem que extrapole as questões biológicas, alcançando a abrangência biopsicossocial, do contexto laboral e dos próprios sentimentos e significados do trabalho na vida do trabalhador.

A abordagem biopsicossocial é tanto um modelo teórico, ou seja, um conjunto de hipóteses coerentes e estruturadas que explicam a saúde e a doença, quanto uma ferramenta clínica - um conjunto diretamente aplicável de métodos diagnósticos e terapêuticos (BERQUIN, 2010). O conceito de RT, proposto inicialmente na Suécia e no Canadá, parte da perspectiva biopsicossocial, pressupondo a avaliação do local de trabalho e o acompanhamento de trabalhadores vítimas de acidentes ou doenças pelo trabalho (FASSIER; DURAND; LOISEL, 2011).

Partindo desta perspectiva, pode-se afirmar que o RT não depende apenas do restabelecimento físico, mas também da consideração dos fatores psicossociais e ambientais, como a proteção, a segurança, a integridade física e moral, a preservação de valores do local de trabalho e a carreira (FRANCHE *et al.*, 2005), que refletem de maneira conjunta sobre o trabalhador, tornando o processo de RT uma questão difícil e temerosa (LOISEL *et al.*, 2005), sendo importante ainda, compreender as motivações dos trabalhadores no decorrer deste processo (LOISEL, 2009).

Autores apontam que intervenções com enfoque limitado a um componente do processo têm menores chances de sucesso, enquanto as ações construídas conjuntamente pelos diversos atores envolvidos alcançam resultados mais satisfatórios (FASSIER *et al.*, 2015). Nesta perspectiva, as intervenções para o RT pressupõem ação multi e transdisciplinar, com o envolvimento das diversas partes, no intuito de identificarem os fatores influenciadores deste processo para implementação de estratégias alicerçadas nos mais diferentes contextos (BILODEAU; TREMBLAY; DURAND, 2018).

É de extrema importância que cada ator social seja corresponsável pelo processo de RT, pois trata-se de um esforço compartilhado coletivamente (DURAND *et al.*, 2014), que visa apoio ao trabalhador, abrangendo suas características multidimensionais e de interação (LOISEL, 2009).

Uma das fontes de apoio ao trabalhador com significativa expressão sobre a saúde, bem-estar físico e psicológico e, conseqüentemente, para o sucesso do RT é a proveniente do ambiente laboral, englobando empregadores e supervisores. Isto porque os superiores encontram-se em uma posição de referência para os trabalhadores, ou seja, mantém uma

relação mais estreita com estes e, dependendo da qualidade do vínculo que possuem, o RT pode ser comprometido (KRISTMAN *et al.*, 2017).

Estudos internacionais apontaram que o RT exitoso ocorre em situações em que o empregador, superiores hierárquicos e colegas de trabalho apoiam o trabalhador, motivando-o neste processo. Este incentivo foi percebido pelo fato dos empregadores manifestarem desejo em recebê-los, considerando as restrições e incapacidades adquiridas pelo trabalhador; ou seja, o retorno e a permanência do trabalhador ocorreram mediante um facilitador (AWANG; MANSOR, 2018; AWANG *et al.*, 2017; YOUNG, 2010).

Outro estudo ratificou esta assertiva, apontando que o RT sustentável é impulsionado pelo apoio de líderes e colegas de trabalho ao longo de todo processo, sendo que o apoio social induz a melhores atitudes e autoeficácia, repercutindo no desfecho favorável do RT (ETUKNWA; DANIELS; EIB, 2019).

Franche *et al.* (2005) explicam que a falta de diálogo e interação entre empregador e empregado pode dificultar o RT e, com isso, os trabalhadores podem retornar a ambientes de trabalho não-modificados. Shaw *et al.* (2014) afirmam que as modificações no trabalho podem e são melhores quando apoiadas pelos supervisores hierárquicos, sendo um fator chave para o RT.

Outra fragilidade que influencia no RT é a relação da empresa com os médicos e equipes de saúde que realizam o acompanhamento do trabalhador incapacitado, vítima de acidente ou doença do trabalho. Segundo Sylvain *et al.* (2016), a comunicação de médicos com os empregadores é extremamente rara, quando não inexistente, por considerar irrelevante ou mesmo por receio à confidencialidade das informações pelos médicos. Assim, as informações tornam-se restritas à equipe de saúde, incutindo no trabalhador a responsabilidade por levar a informação ao ambiente de trabalho, que muitas vezes o faz sem a real compreensão de sua condição de saúde, ou não o faz, por receio de represália do empregador devido à procura por assistência à saúde.

A falta de comunicação entre a equipe de saúde que acompanhou o trabalhador durante o período de afastamento com o empregador, no processo de RT, compromete o sucesso da reinserção laboral. Transferir a responsabilidade desta comunicação ao trabalhador não se apresenta como uma medida eficaz, uma vez que este pode não ter os conhecimentos e argumentos necessários para negociar possibilidades de mudanças na atividade de trabalho ou realocações (tampouco autonomia e poder de negociação). Esta situação se agrava quando as relações de trabalho são conflituosas ou desiguais em termos de compartilhamento de poder,

sinalizando a importância de participação dos profissionais de saúde neste processo, a fim de assegurar um retorno seguro e mitigar possibilidades de reincidência.

Esta falta de comunicação entre os atores sociais também acontece na instância de seguro social, visto que encaram o processo de RT como simples processos operacionais e não como um processo complexo multifatorial (FRANCHE *et al.*, 2005), que deveria considerar fatores individuais, sejam físicos ou psicológicos, sociais e organizacionais, em uma interação entre trabalhador e ambiente de trabalho (CORBIÈRE *et al.*, 2017).

Assim, o RT não deve abordar exclusivamente as condições individuais de saúde do trabalhador, visto que trata-se de um comportamento resultante de um conjunto complexo de condições e relacionamentos criados pelo ambiente social, incluindo o local de trabalho, cuidados de saúde, sistemas de compensação, família e outras instituições da sociedade (TATE; PLEDGER, 2003; WADDELL; BURTON, 2005). Desta forma, o alcance satisfatório do RT está atrelado ao movimento de cooperação e ao alinhamento das preocupações com o trabalhador pelos diversos membros envolvidos no processo de RT (CHENG; LOISEL; FEUERSTEIN, 2011).

Esta mudança paradigmática do modelo de reabilitação profissional e RT pressupõe a interação dos diversos atores sociais envolvidos neste processo, que poderia ser impulsionada e mediada pelo Cerest, instância especializada na Saúde do Trabalhador que desenvolve ações de prevenção, promoção e reabilitação da saúde, que incluem o restabelecimento da saúde do trabalhador para o RT.

3.4 ANÁLISE DE DISCURSO

Considerando os impactos que o ambiente de trabalho produz na vida dos trabalhadores, especialmente quando desencadeia acidentes, adoecimentos e conseqüente afastamentos, bem como os desafios que este trabalhador enfrenta para retornar ao trabalho, é de suma importância compreender quais caminhos percorridos na voz daqueles que o experienciam. O sentido e o significado desta vivência para o trabalhador, vítima e ator principal deste momento, possibilita a compreensão de sua perspectiva e olhar sobre este processo e dos possíveis pontos de apoio encontrados.

A Análise de Discurso (AD) proposta por Michel Pechêux, de vertente francesa, busca compreender o que é dito para além da interpretação das palavras. É olhar para o discurso com certo estranhamento, "duvidando" das palavras, promovendo uma escuta com alteridade e, com isso, revelando sentidos existentes (PATTI; SOUSA; GARCIA, 2017). Assim, a AD

aponta a língua não como um sistema absoluto, mas como um espaço real que permite contradições, ou seja, desdobramentos dos dizeres (PÊCHEUX, 2011).

Maldidier (2011), explicando sobre o conceito de discurso abordado por Pechêux, diz que o discurso reformula a fala, permitindo a intervenção de conceitos exteriores à linguística, possuindo uma dupla fundamentação, na língua e na história, rompendo a epistemologia com a ideologia subjetivista.

A AD, com marco inaugural em 1969, apresenta como diferencial da época a introdução do sujeito e propõe o fim do formalismo linguístico, por meio de questionamentos feitos à própria linguística (FERREIRA, 2005). Assim, trabalha nas fronteiras disciplinares, possuindo materialidade linguística e histórica ao mesmo tempo, sendo conhecida como a disciplina de entremeio (ORLANDI, 1996), pois transforma as contradições do discurso, que se formaram pelo alinhamento de seus pilares disciplinares.

A AD tem com princípio básico mostrar como discurso e sujeito são constituídos pela opacidade e incompletude, e como as narrativas se constituem como textualização de um território onde o real discursivo está sempre na dialética do mesmo e do diferente, da ilusão da individualidade e de uma alteridade fundante, do possível e do impossível dos sentidos (TENREIRO, 2005, p. 280).

O discurso, mesmo sofrendo modificações ao longo do tempo, ainda mantém uma espécie de pressão, também conhecida como poder de coerção. Foi marcado ao longo da história pelo poder, sendo controlado pela sociedade, promovendo o que se chama de procedimentos de exclusão, ou seja, o privilégio e posse do discurso eram de algumas instituições centralizadoras de poder (FOUCAULT, 1996).

A AD origina-se da reinvenção de conceitos utilizados pela Linguística, Materialismo e Psicanálise, ou seja, é um produto destas três linhas disciplinares, em uma relação que não é simétrica (AGUSTINI, 2005), porém as questiona, de modo que

Não se reduz ao objeto da Linguística, nem se deixa absorver pela Teoria Marxista e tampouco corresponde ao que teoriza a Psicanálise. Interroga a Linguística pela historicidade que ela deixa de lado, questiona o Materialismo perguntando pelo simbólico e se demarca da Psicanálise pelo modo como, considerando a historicidade, trabalha a ideologia como materialmente relacionada ao inconsciente sem ser absorvida por ele (ORLANDI, 2015, p.20).

A língua é condição de possibilidade do discurso (MALDIDIER, 2003) e a linguagem só é linguagem porque faz sentido, e só faz sentido porque se inscreve na história – as palavras simples do nosso cotidiano já chegam até nós carregadas de sentidos que não sabemos como se constituíram, mas que significam em nós e para nós (ORLANDI, 2015). É compreendida por um sistema de signos, elemento representativo que possui duas partes

indissolúveis, o significado e o significante, ou seja, o conceito estabelecido e sua memória/acústica, respectivamente (BRAQUIÃO, 2011).

O discurso é uma “janela embaçada”, ou seja, sua linguagem não é transparente. Não se trata de uma simples transmissão de informação, mas em um funcionamento que relaciona os sujeitos e produção de sentidos (PÊCHEUX¹, 1969 apud GRANTHAM, 2005) comportando um efeito de sentido entre os interlocutores, ou seja, a discursividade (MORALES, 2005).

Isto aponta para a opacidade presente nos discursos dos trabalhadores, revelando que em meio ao relato de sua vivência e trajetória, deslizos acontecem exprimindo sentidos carregados por eles, ou seja, “uma fala sem ser dita”, que se associa à sua história, formação, posicionamento e princípios.

As palavras ditas no discurso não são apenas do sujeito; elas foram ditas por alguém em outro momento e lugar, e provocaram sentidos. Desta forma, o interdiscurso [memória institucionalizada] abarca formulações que, após serem assimiladas, são esquecidas, ocasionando a falsa ideia de que o discurso a ser pronunciado é algo inédito, jamais dito por alguém (MALDIDIER, 2011).

O discurso tampouco é neutro, pois há uma intencionalidade que sofreu influências ideológicas, políticas, gerando uma ilusão da consciência; os discursos não se originam nas pessoas, mas isso não significa que não haja singularidade em cada um deles (ORLANDI, 2015).

Assim, o discurso é resultante da confluência do interdiscurso (memória institucionalizada), ou seja, dizeres pronunciados por alguém em determinado momento, que foram absorvidos pelo sujeito devido ao seu movimento de sentidos e esquecidos, determinando seu dizer com o intradiscurso (memória constituída), ou seja, a formulação do dizer, feita em dada situação e momento, em condições vivenciadas, gerando sentido (ORLANDI, 2015). Apresenta-se ainda, de forma heterogênea, em que há uma ruptura ao longo de sua ocorrência, apontando para a presença de outros discursos no discurso em pronunciamento (MARTINS E SILVA, 2005).

De acordo com Grantham (2005), o sentido é estabelecido conforme a formação discursiva e ideológica pertencente e na relação de frases compartilhadas entre as mesmas. Pêcheux e Fuchs (1997) argumentam sobre o conceito de formação ideológica, sendo marcada

¹ PÊCHEUX, M. Análise Automática do Discurso (AAD-69). In: GADET;HAK (Org). Por uma análise automática do discurso. Campinas: Ed. Unicamp, 1990, p.61-162.

por atitudes do sujeito relacionadas ao conflito e posicionamento de classes sociais.

Há alguns conceitos fundadores do discurso, como a formação imaginária, a formação discursiva e o interdiscurso (PIOVEZANI; SARGENTINI, 2011), que caracterizam os processos discursivos e abarcam tanto o discurso dito como o não-dito, ambos produtores de sentido (PÊCHEUX, 1996).

A formação discursiva é um elemento da formação ideológica, compreendendo o que deve ser dito a partir de uma dada posição social, determinando o significado (PÊCHEUX, 2011). O interdiscurso abrange a correlação entre formação discursiva e exterior discursivo (ECKERT-HOFF, 2005); ele suprime a exterioridade, acontecimentos históricos, para inscrevê-la na memória e, conseqüentemente, no discurso (ORLANDI, 2015).

A diferença entre formações discursivas é justamente o estabelecimento que ela faz com a formação ideológica (ECKERT-HOFF, 2005), que compreende um “conjunto complexo que comporta atitudes e representações que não são nem individuais nem universais, mas que referem mais ou menos diretamente a posição de classe em conflito umas com as outras” (PÊCHEUX; FUCHS, 1997, p.175). Em síntese, formações ideológicas abarcam uma ou diversas formações discursivas, que determinarão o que pode e deve ser dito (PÊCHEUX, 2011).

Em suma, o discurso anunciado pelo sujeito, apesar de induzir a uma autoria própria, apresenta traços de representações, que aliadas à ideologia do indivíduo em um processo de subordinação inconsciente, emergem ao longo da fala constituindo o sentido. Ao narrar a vivência do RT, o trabalhador pode evidenciar, por meio de suas falas e gestos, deslizes e posicionamentos que indicam o significado apreendido durante este processo e, também, o papel percebido da atuação do Cerest.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter descritivo-exploratório, embasado no referencial teórico-metodológico da AD de vertente francesa, que compreende os efeitos de sentidos dos discursos nos e para os sujeitos e o seu processo de significação por meio da interpretação, visando mediar o movimento entre descrição e interpretação (ORLANDI, 2015).

4.2 CAMPO DE ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida em um Cerest do interior do estado de São Paulo. Sua atuação e ações são realizadas em nível regional, abrangendo os mesmos municípios vinculados ao Departamento Regional de Saúde (DRS). Possui uma equipe multiprofissional composta por medicina, enfermagem, assistência social, psicologia, fisioterapia, engenharia e segurança no trabalho e vigilância em saúde do trabalhador, além de outros profissionais que contribuem para o funcionamento da instituição como administrativo, limpeza e motorista.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

O público-alvo compreendeu os trabalhadores que retornaram ao trabalho após período de afastamento decorrente de acidente ou doença do trabalho e que tenham recebido atendimento pelo Cerest (campo de estudo) no ano de 2017 ou 2018.

Compreende-se como acidente de trabalho todo evento agudo que pode ocasionar morte ou lesão e comprometimento da capacidade laboral de forma parcial ou definitiva, que ocorre durante o exercício da atividade laboral (acidente típico) ou durante o percurso da residência ao local de trabalho e vice-versa (acidente de trajeto) (BRASIL, 1991).

Quanto à doença do trabalho, compreende tanto a abordagem da doença profissional, entendida como todo acometimento produzido ou desencadeado pelo trabalho peculiar a determinada atividade e constante da relação pertencente ao atual Ministério da Economia–Secretaria da Previdência Social, quanto da doença relacionada ao trabalho, que se refere a um conjunto de danos ou agravos que incidem sobre a saúde do trabalhador, desencadeados ou agravados por fatores de riscos presentes no ambiente de trabalho (BRASIL, 1991).

Em linhas gerais, o acidente de trabalho resulta em efeito imediato, com duração temporária ou permanente, podendo ocasionar incapacidade parcial ou total, enquanto a

doença produz um efeito mediato, decorrente de processos e sobrecarga cumulativos, obtendo um alcance sistêmico. Para os trabalhadores contribuintes do INSS, a doença do trabalho equipara-se ao acidente (BRASIL, 1991) para fins de afastamento e, por tal razão, ambas situações foram incluídas no estudo, cujo foco é compreender o processo de retorno ao trabalho independente do fator desencadeador do afastamento.

Ainda, foram considerados como critérios de inclusão: trabalhadores de ambos os sexos, maiores de 18 anos, independente do vínculo empregatício, que sofreram acidente ou doença do trabalho que geraram afastamento de, no mínimo 15 dias e que, no momento do contato, tinham retornado ao trabalho.

A interrupção da coleta de dados ocorreu no momento em que se obtiveram elementos suficientes para a análise ou quando alcançou-se os objetivos propostos pela pesquisa, dado que a AD não impõe uma maneira de delimitação de amostra, à medida que considera todo discurso válido, com elementos suficientes para interpretação e imersão de sentidos e significados.

4.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Inicialmente, foi realizado um levantamento em agenda física e arquivos de prontuários do Cerest, dos trabalhadores que tiveram atendimento no ano de 2017 ou 2018, sendo selecionados aqueles que correspondiam aos critérios da pesquisa. Os trabalhadores selecionados foram contatados por telefone, seguindo-se o roteiro de seleção construído especificamente para este fim (Apêndice B), para confirmação do retorno ao trabalho (ao mesmo trabalho ou a um trabalho diferente). Nos casos afirmativos, foi feito convite para a participação na pesquisa e, para aqueles que aceitaram, foi agendado um horário para realização de entrevista presencial em sala privativa no próprio Cerest ou na Universidade, de acordo com a preferência do participante.

Anteriormente ao início da entrevista, o trabalhador foi orientado quanto ao objetivo da pesquisa e seu desenvolvimento, ressaltando o caráter voluntário de participação e explicitando não haver qualquer relação com a instituição Cerest, ou seja, que a participação não implicaria em qualquer tipo de favorecimento ou prioridade de acompanhamento do trabalhador com a instituição e com o SUS.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semi-estruturada, que incluiu questões de caracterização sócio laboral e relacionadas ao objeto de investigação (Apêndice C). As entrevistas foram gravadas e filmadas por meio de mídia eletrônica, conforme

consentimento e autorização dos trabalhadores e, posteriormente, foram transcritas na íntegra, para análise dos dados. Ressalta-se a importância da filmagem e gravação, uma vez que, à luz do referencial teórico-metodológico da AD, é de extrema importância captar, além do discurso verbal, o não-verbal, compreendido por gestos, expressões faciais, silêncio, etc., analisados por meio de observação.

A entrevista foi orientada pelas questões norteadoras:

1. Conte-me detalhadamente como foi para você o processo de retorno ao trabalho.
2. Como você se sentiu ao longo deste processo?
3. Como foi o apoio que você recebeu ao longo deste processo?
4. Como foi o atendimento pelo Cerest?
5. Você considera que o Cerest poderia ter feito algo diferente?
6. Gostaria de acrescentar mais alguma coisa?

A fim de assegurar a adequabilidade das questões norteadoras, foram realizadas entrevistas previamente à coleta de dados, em fase exploratória para validação das mesmas. Tais entrevistas foram realizadas com três trabalhadores que atendiam aos critérios do estudo, contudo, não compuseram os resultados, uma vez que suas análises resultaram em um aperfeiçoamento no instrumento de coleta de dados.

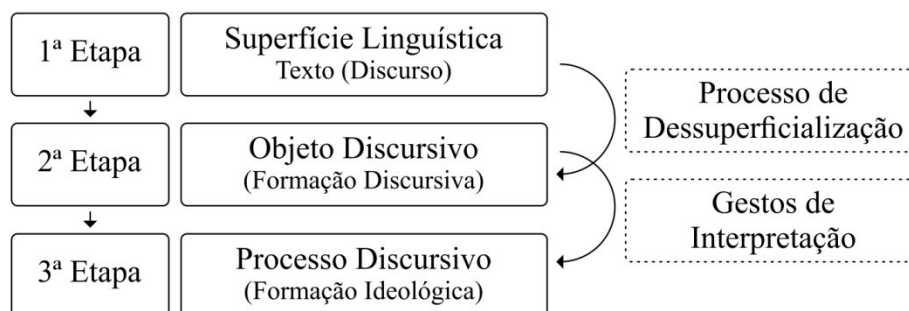
4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A AD enquanto referencial metodológico trabalha com alguns conceitos que orientam a análise dos dados, sendo:

1. Condição de produção: circunstâncias em que o discurso é produzido;
2. Corpus: material selecionado para análise, como sequências e fragmentos discursivos;
3. Esquecimento nº 1: ligado à enunciação, caracterizada como um processo inconsciente e ideológico, no qual o sujeito tem a ilusão de ser a origem de seu discurso;
4. Esquecimento nº 2: relativo à subjetividade, em que o sujeito seleciona os seus dizeres e as sequências discursivas, em detrimento de outros, para utilização em seus discursos;
5. Metáfora e efeito metafórico: deslizos presentes no discurso, que remetem a determinada formação discursiva, promovendo a alteração de sentido.

Com base nos conceitos da AD, a análise dos dados foi conduzida conforme descrito na Figura 1:

Figura 1. Etapas da Análise



Fonte: elaborado pela autora (2020), baseada em Orlandi (2015).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização da presente pesquisa foram observados e respeitados todos os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme Resoluções n.º 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi submetido à aprovação pelo cenário de pesquisa e, posteriormente, à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade, sob parecer n.º 3.291.225 (Anexo 1).

Todos os participantes que aceitaram participar da coleta de dados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) anteriormente à entrevista, de forma a concordar com os critérios da pesquisa. Os participantes tiveram seu anonimato preservado e todas as informações foram tratadas de forma sigilosa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão serão apresentados em formato de artigo científico, conforme normas para apresentação de dissertações e teses do programa de pós-graduação em enfermagem da UFSCar.

O papel do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) no retorno ao trabalho: discurso dos trabalhadores

Resumo

O retorno ao trabalho (RT) deve envolver diversos atores sociais e serviços de saúde na construção de estratégias pautadas em objetivos comuns que facilitem a reinserção e manutenção no trabalho. Este processo deve considerar os aspectos biopsicossociais do trabalhador, bem como o ambiente e condições de trabalho. Este estudo buscou compreender o papel do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) no processo de RT na perspectiva de trabalhadores que foram atendidos por este serviço. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com trabalhadores que retornaram ao trabalho após afastamento por acidente ou doença do trabalho e tiveram acompanhamento pelo Cerest. Todas as questões éticas foram respeitadas. Os resultados demonstraram que o RT é uma experiência complexa e difícil para os trabalhadores, especialmente por gerar sentimentos depreciativos. Os trabalhadores recebem pouco apoio dos atores sociais, mas quando este se faz presente, provém, geralmente, de uma instância, não havendo diálogo entre todos os envolvidos. O Cerest foi apontado com contribuições positivas para este processo, principalmente no que se refere à orientação e reabilitação do trabalhador. Contudo, alguns aperfeiçoamentos são necessários em sua atuação, como a comunicação na equipe e o feedback das ações ao trabalhador. Portanto, há uma necessidade imediata de adequação do processo de RT, com o envolvimento dos diversos atores, incluindo o trabalhador, podendo ser proposta e iniciada pelo Cerest.

Descritores: Saúde do Trabalhador; Retorno ao Trabalho; Acidentes de Trabalho; Doenças Profissionais.

Introdução

A precarização das condições de trabalho decorrente da ascensão do neoliberalismo compromete os movimentos democráticos e a cooperação nas relações de trabalho, incitando a dominação hierárquica nos ambientes laborais (DEJOURS, 2016). Isso manifesta-se por situações de subordinação ou mesmo de exploração, indicando a classe social de cada indivíduo e suas relações (WHO, 2010).

O trabalho é um importante determinante de saúde, promovendo impactos positivos sobre os trabalhadores, uma vez que proporciona posição social, desenvolvimento pessoal, estabelecimento de relações sociais, aumento de autoestima, e ainda repercute sobre a renda familiar e aspectos econômicos (WHO, 2017). Além disso, o trabalho não se trata de um ambiente externo, mas algo internalizado que desencadeia sentimentos de satisfação, com o cumprimento da atividade laboral e reconhecimento (AMARAL *et al.*, 2017), mas também possibilita o sofrimento, à medida que o trabalhador busca proteger-se das imposições das organizações do trabalho (DEJOURS, 2019).

Em relação a tais comprometimentos, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) estima a ocorrência anual de 2,78 milhões de óbitos em decorrência dos agravos do trabalho, sendo 2,4 milhões referentes às doenças, além de 374 milhões de acidentes de trabalho não fatais (INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION, 2019).

As formas de organização e os agravos decorrentes do trabalho impactam a saúde do trabalhador, gerando períodos de afastamentos do trabalho (RUDBECK; JOHANSEN; OMLAND, 2018; e BUBONYA; COBB-CLARK; WOODEN, 2017), além de aflorar ou acentuar sofrimento deste trabalhador.

No Brasil, qualquer cidadão pode associar-se ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), sendo que para a condição de empregado esta adesão torna-se obrigatória. O INSS concede benefícios por incapacidades para o trabalho aos trabalhadores, com início de sua assistência a partir de 16 dias de afastamento do local de trabalho, mediante avaliação de médico (COELHO *et al.*, 2020) perito.

No entanto, o INSS mantém uma cultura hierárquica, que preza pelo interesse financeiro, com caráter de previdência social, ou seja, perdendo a especificidade de seguridade social, baseada nos ‘pilares’ Saúde, Assistência Social e Previdência Social, pautada na universalidade e equidade, sendo necessária uma revisão dos modelos periciais vigentes, pois encontram-se em desarranjo a um modelo integral para reabilitação dos

trabalhadores (MIRANDA, 2018).

Precedendo o RT, durante a reabilitação já devem ser abordados os aspectos físicos e psicológicos dos trabalhadores por equipe multiprofissional, bem como a receptividade da empresa para com o trabalhador, considerando suas habilidades para adequações a postos de trabalho (VARGAS *et al.*, 2017).

Assim, para que o retorno e a manutenção do trabalho aconteçam de forma assertiva, é necessário o envolvimento de diferentes setores e atores sociais que, articuladamente, colaboram não somente para o restabelecimento da saúde biopsicossocial e capacidades do trabalhador, mas também para eventuais ajustes no ambiente ou organização do trabalho, viabilizando a reinserção na atividade.

Neste sentido, pressupõe-se uma interação entre os atores sociais envolvidos, em uma ação multi e transdisciplinar para a identificação de fatores que influenciam o processo de RT, projetando estratégias alicerçadas para diferentes contextos (BILODEAU; TREMBLAY; DURAND, 2018). Trata-se de um processo no qual ocorre o compartilhamento de informações, expectativas e significados, somada ao alcance de decisões que contemplem as necessidades dos trabalhadores e empregadores (ANSOLEAGA *et al.*, 2015).

Ainda neste processo, é importante que as estratégias elaboradas mantenham o foco no trabalhador, inclusive com sua participação ativa, considerando as condições individuais e de saúde, bem como as exigências profissionais e do ambiente laboral (PARDO; GARCÍA, 2018), além da percepção de sua autoeficácia (CORBIÈRE *et al.*, 2017).

Neste contexto, o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), instância da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) que integra as Redes de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS), emerge com importante papel. O Cerest conta com uma equipe multiprofissional que desenvolve ações de prevenção e promoção da saúde dos trabalhadores, por meio do atendimento direto ao usuário e fiscalizações em ambientes de trabalho. É um centro especializado de retaguarda técnica aos demais pontos da RAS e desenvolve apoio matricial junto à Atenção Primária à Saúde (APS), realizando articulações intrasetorial (envolvendo vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, hospitais e outros serviços do SUS) e intersetorias, com empresas, sindicatos e Ministério Público, além do fortalecimento do controle social do trabalho (GARBIN; PINTOR, 2019) e da parceria com universidades em processos de formação de pessoal e aprimoramento de pesquisas e instrumentos para ações (MINAYO GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018; e VILELA *et al.*, 2018).

Apesar de sua relevância para a Saúde do Trabalhador, alguns entraves precisam ser superados para o fortalecimento do papel do Cerest e, conseqüentemente, para o desenvolvimento de ações mais eficazes, como a baixa relação com o controle social e atuação principalmente no município sede, demonstrando pouca compatibilidade com a demanda da área de abrangência, além da falta de incentivo financeiro pelos estados e municípios, uma vez que a verba para as ações advém da esfera nacional, impactando em tal serviço de forma a restringir suas ações (CARDOSO; ARAÚJO, 2016).

Estudo de revisão apontou que intervenções com resultados positivos para RT no contexto internacional ocorrem em múltiplos componentes, como a saúde, o gerenciamento dos serviços e as adequações do ambiente e organização do trabalho, abarcando fatores individuais e sociais; ou seja, intervenções multifatoriais e multidisciplinares que refletem no rendimento do trabalhador e, conseqüentemente, na redução do tempo de afastamento e nos custos com a incapacidade (CULLEN *et al.*, 2018).

No cenário brasileiro, em contrapartida, as intervenções para o RT que envolvam diversos atores e considerem os aspectos biopsicossociais do trabalhador ainda são embrionárias. O INSS possui esta atribuição junto aos seus segurados, que o faz por meio do Programa de Reabilitação Profissional (PRP), que cobre apenas uma pequena parcela dos trabalhadores em afastamento, revelando sua ineficiência (PAULA *et al.*, 2016).

Reconhecendo a potencialidade do Cerest para fortalecimento do RT no contexto nacional e face à escassez de estudos que abordem este assunto, este estudo emerge com a finalidade de contribuir com as reflexões nesta temática, a fim de dar visibilidade a este serviço na saúde dos trabalhadores. Assim, o presente estudo teve como objetivo compreender o papel do Cerest no processo de retorno ao trabalho, por meio dos discursos dos trabalhadores.

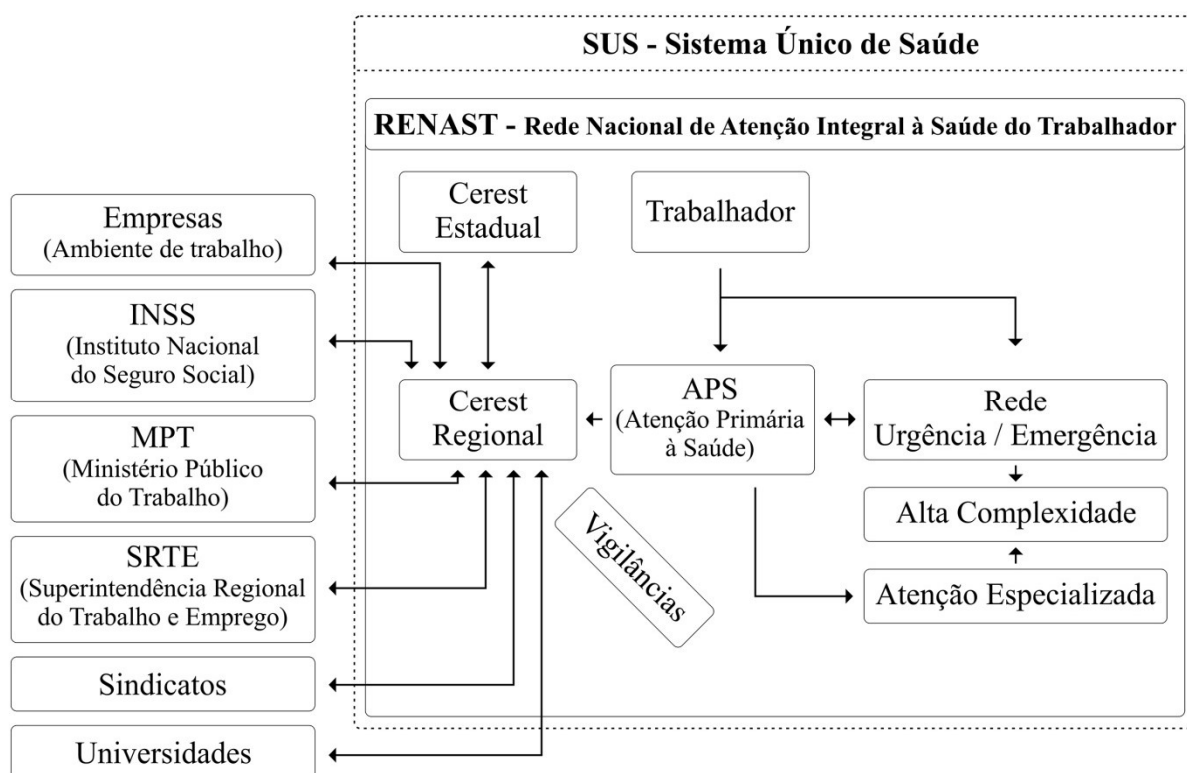
Metodologia

Estudo qualitativo, descritivo-exploratório, embasado na Análise de Discurso (AD) de vertente francesa. Por meio do discurso, em suas diferentes formas, é possível identificar os sentidos e significados das situações vivenciadas pelo trabalhador, com os diversos posicionamentos que podem se fazer presentes e que regulam seu dizer, haja visto o conflito entre posições de classe que o discurso exprime (PÊCHEUX, 2011).

Foi desenvolvido em um Cerest regional do interior do Estado de São Paulo, composto

por equipe de enfermagem, médico, assistente social, fisioterapeuta, psicóloga, engenheiro e técnico de segurança do trabalho, auxiliar administrativo, auxiliar de limpeza, motorista e fiscais da vigilância em saúde do trabalhador. A configuração das articulações estabelecidas entre o Cerest com os serviços de saúde que compõem o SUS (articulação intrasetorial) e as demais instâncias envolvidas com a Saúde do Trabalhador (articulação intersetorial) pode ser observada na Figura 2.

Figura 2. Cerest e suas articulações intra e intersetoriais.



Fonte: a autora (2020).

Foram convidados a participar do estudo trabalhadores maiores de dezoito anos, de ambos os sexos, que vivenciaram afastamento do trabalho de, no mínimo, quinze dias, por acidente ou doença do trabalho e receberam, obrigatoriamente, atendimento pelo Cerest no período de 2017 ou 2018 e que, no momento do contato, já haviam efetuado o RT. Apesar de se reconhecer as profundas diferenças entre a natureza dos acidentes e das doenças relacionados ao trabalho, neste estudo optou-se por incluir as diversas situações, pois o objeto de investigação é o retorno ao trabalho e o papel do Cerest neste processo, independente do fator que desencadeou o afastamento.

O estabelecimento do período mínimo de afastamento deve-se à inferência de um

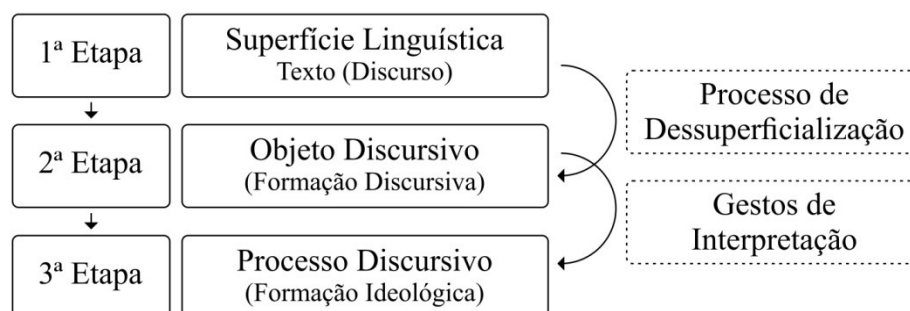
comprometimento considerável à saúde do trabalhador, demandando ausência por período prolongado e, com isso, a possibilidade de surgimento de possíveis barreiras que comprometem o RT. Isto pode ser presumido pelo fato de quinze dias caracterizar-se como um momento decisivo ao trabalhador e empregador no cenário brasileiro, pois caso o trabalhador necessite de um afastamento superior a este, há uma transferência de responsabilidade do empregador ao Estado por meio do INSS, que passa a arcar com o benefício ao trabalhador.

Previamente à coleta de dados primários, foi realizado um levantamento em documentos físicos do Cerest, a fim de identificar trabalhadores que atendiam aos critérios de participação do estudo. Foi realizado contato telefônico para confirmação das informações e feito o convite para a entrevista e, em caso de aceite, agendado encontro presencial para a coleta.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais semi-estruturadas, compostas por um roteiro de caracterização e seis questões norteadoras sobre as vivências e o papel do Cerest no RT. Foram realizadas três entrevistas-piloto para a validação do instrumento, sendo que estas não compuseram os resultados devido à necessidade de adequação das questões.

As entrevistas ocorreram em sala privativa no Cerest ou na Universidade, conforme preferência do trabalhador, sendo utilizada gravação em áudio e vídeo, estratégia indispensável para o referencial teórico-metodológico adotado no estudo, que considera o discurso verbal e o não-verbal. Os dados foram analisados com base na AD, pautada em três etapas (apresentadas na Figura 3) e buscando-se alcançar os significados e sentidos contidos no discurso de cada trabalhador.

Figura 3. Etapas da análise dos dados.



Fonte: elaborado pela autora (2020), baseada em Orlandi (2015).

Inicialmente, trabalhou-se sobre o material bruto, de forma a analisar sua materialidade linguística, ou seja, o que está sendo dito, como está sendo dito e em quais circunstâncias está sendo dito - identificando a presença de outros discursos; seguindo com a delimitação do corpus; delimitação de possíveis formações discursivas e então a interpretação, lembrando que não há uma interpretação pré-estabelecida, trabalhando assim, suas possibilidades. Ressalta-se ainda, que a análise é um ir e vir entre teoria, corpus e análise, considerando ainda a presença da ideologia na língua e vice-versa (ORLANDI, 2015).

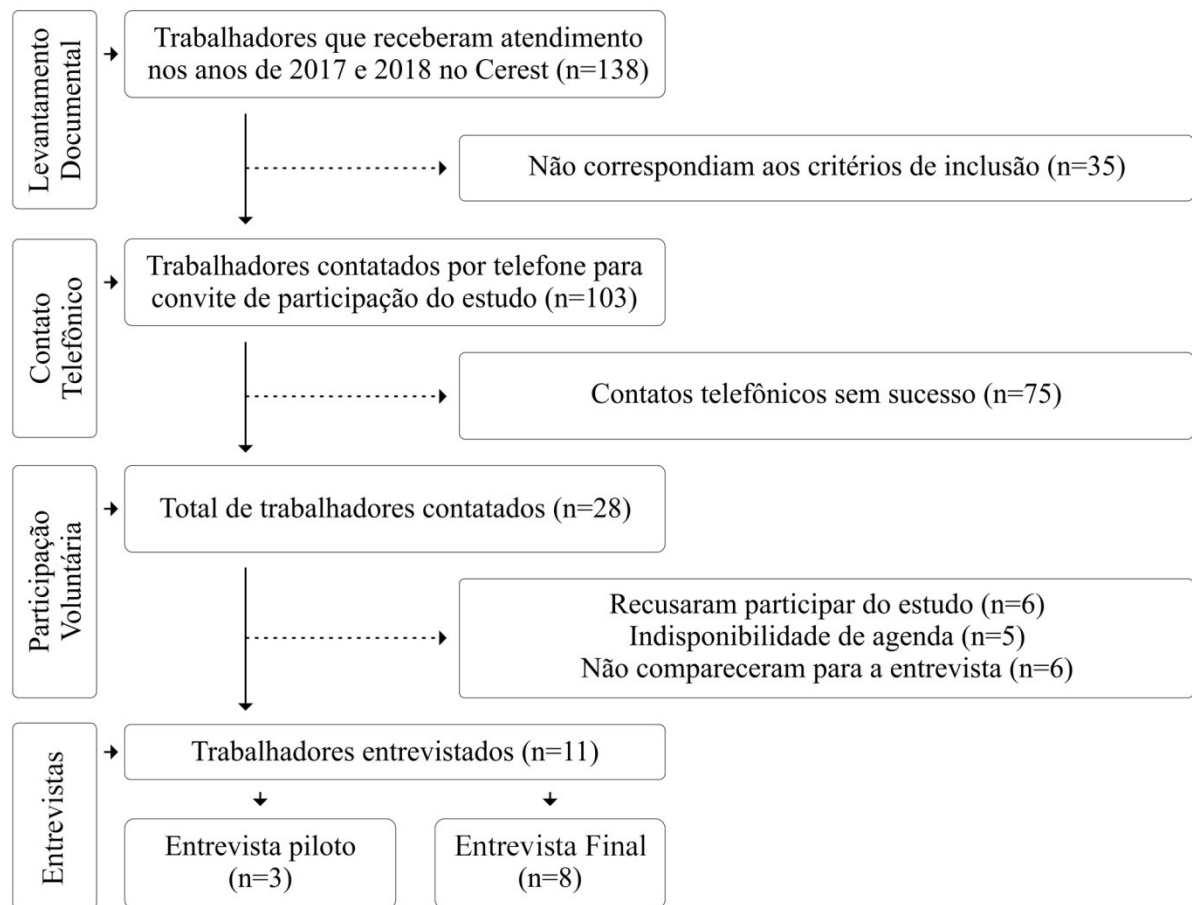
Para tanto, fez-se necessária a compreensão de conceitos apontados na AD como a (i) condição de produção, que se referem às circunstâncias em que o discurso é produzido; (ii) o corpus, que abrange o material para análise, com a seleção dos fragmentos discursivos; (iii) o esquecimento número 1, relacionado à enunciação, um processo inconsciente e ideológico, no qual o indivíduo tem a ilusão de ser a origem de seu discurso; (iv) o esquecimento número 2, ligado a subjetividade, em que o sujeito seleciona os dizeres e sequências discursivas em detrimento de outros para utilização em seu discurso; (v) e a metáfora e o efeito metafórico, que representam um deslize no discurso, remetendo a alguma formação discursiva, promovendo a alteração do sentido (ORLANDI, 2015).

Esta pesquisa respeitou todos os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos; todos os trabalhadores que concordaram em participar assinaram, em caráter voluntário, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sob parecer nº 3.291.225.

Resultados e Discussão

Participaram do estudo oito trabalhadores, conforme explicita a Figura 4.

Figura 4. Conformação da seleção para coleta de dados.



Fonte: a autora (2020).

Participaram do estudo cinco homens e três mulheres, com idade entre 26 e 66 anos e as seguintes profissões: balconista, auxiliar de produção, fundidor, auxiliar de logística, retificador de motor, auxiliar de limpeza, motorista e técnica de enfermagem. Quanto ao nível de escolaridade, quatro possuíam ensino fundamental incompleto, três nível médio/técnico e um ensino superior.

Os afastamentos do trabalho ocorreram no período de 2014 a 2018, com duração de mínima de um mês e máxima de dois anos, sendo cinco decorrentes de doenças relacionadas ao trabalho (espondilolistese, síndrome do ombro doloroso, transtorno de adaptação, lombalgia e tendinopatia em ombro direito) e três de acidentes de trabalho (queda de altura, queda da própria altura e fratura de tornozelo esquerdo por acidente de moto - trajeto). À época, todos os trabalhadores possuíam vínculo com o INSS, sendo que cinco relataram enquadramento do agravo como auxílio doença-acidentário (ou seja, com estabelecimento de nexos causal com o trabalho), dois obtiveram reconhecimento como auxílio doença

previdenciário (sem reconhecimento do nexa) e um não soube informar.

Todos os trabalhadores referiram que retornaram à mesma empresa após o período de afastamento, sendo dois deles em diferentes postos de trabalho. No entanto, como a entrevista aconteceu após alguns anos do período de afastamento e RT, a maioria teve sua configuração de trabalho alterada após certo tempo de RT na mesma empresa. Assim sendo, no momento da entrevista, dois entrevistados estavam desempregados (foram demitidos; um deles devido à falência da empresa), dois aposentaram e realizavam “bicos” esporádicos para complementação da renda e quatro tinham vínculo empregatício, dos quais apenas dois tratavam-se de vínculo formal, mantendo-se com o mesmo empregador e dois informais, ou seja, foram dispensados após determinado tempo de RT e assumiram outros trabalhos sem registro, como motorista de aplicativo e pintor.

Além disso, todos os trabalhadores relataram a permanência de comprometimento na saúde ou seqüela decorrente do agrava que desencadeou o afastamento, porém apenas seis desses passaram por alguma reabilitação, física ou psicológica, no RT. O Cerest foi apontado por seis trabalhadores como local para realização desta etapa.

Referente à AD, todos os entrevistados assumiram, predominantemente, a formação discursiva de trabalhadores em relação de subordinação, decorrente de relações de poder hierarquizadas evidenciadas nas vivências laborais. Assim, caracterizando-os em decorrência do processo de dessuperficialização e considerando a época do RT, foram identificados como trabalhadores assalariados, com vínculos formais e jornadas de trabalho pré-estabelecidas, sem a ocupação de cargos ou posições hierárquicas mais altas nas empresas que estavam vinculados; vítimas de agravos do trabalho, expressando em seus discursos suas vivências e percepções do processo de RT e do acompanhamento e papel do Cerest, em um espaço que lhes permitisse a voz, tendo a liberdade de exporem seus sentimentos, opiniões e apontamentos.

No que tange ao discurso não verbal, alguns trabalhadores apresentaram posturas ansiosas no decorrer da entrevista, alguns com mais intensidade, expressadas por meio de segurar e apertar as mãos, bater chaves na cadeira, dificuldade em encontrar palavras para manifestar o que sentiam. Também apresentaram, em determinados momentos, risos de ironia e sarcasmo, pausas ao longo dos discursos, expressões de dor, indignação, respiração profunda, ênfase em certas palavras e desvio de olhar. No entanto, algumas falas foram claras e objetivas e, ainda, notou-se a expressão de satisfação e alegria ao falar sobre o trabalho, subentendendo seu significado. Estes comportamentos, expressos no discurso não verbal,

evidenciam reflexos das marcas deixadas no trabalhador pelas relações de trabalho, bem como pela vivência do processo de RT.

Foram selecionadas falas dos trabalhadores correspondentes a cada questão da entrevista, separadas em fragmentos discursivos (corpus). Cada trabalhador recebeu a denominação de “T”, referindo-se à abreviação de trabalhador, seguido de um numeral cardinal. Cada quadro contém um segmento, correspondente à questão norteadora, e alguns fragmentos discursivos que definem tal segmento, com grifos em trechos-chave para interpretação.

Quadro 1. Segmento 1: Sobre o processo de RT.

Fragmentos Discursivos

“Ah! Foi bem tranquilo, eu fui voltando aos poucos, eu voltei na mesma função, no mesmo cargo, só que eu fui voltando devagarzinho, sabe?! [...] fazia a mesma coisa, só que não na mesma...na mesma frequência [...] trabalhava com meu pessoal, então eu fui bem mais devagar, sem cobrança em cima... foi isso”. T.1 (postura ansiosa, fica apertando os dedos nas pernas).

“[silêncio] Não, pra mim foi normal...eu voltei normal, como se fosse que não tivesse acontecido nada [...] não dei demonstração que estava sofrendo [...] Aí o meu trabalho lá assim é [...] era muita coisa pra uma pessoa só, mas eu tava ali, firme e forte, entendeu?! Que a gente que precisa, que depende, né...tem que fazer...”(risos) “não é essas coisa que diga ‘Nossa’, mas é seu trabalho...você é obrigado a fazer tudinho ali sozinho”. T.3 (postura ansiosa).

“A princípio... foi um pouco difícil, tive um pouco de dificuldade a princípio para retomar as minhas atividades, por causa que ainda me incomodava um pouco, né...as dores [...] tanto é né, que eu não fiquei muito tempo depois na empresa, eu não conseguia mais desenvolver o...o meu ofício como antes, entendeu?!”. T.4 (postura ansiosa).

“Ah foi difícil né, porque o INSS me deu alta sem eu tá...devidamente em condições de voltar a trabalhar...eu sofri muito [...] recorresse da decisão do INSS, às vezes pode ser que você ganhava, pode ser que não, então aquele tempo você perdia, aí não recebia da firma [...] você era obrigado a se sacrificar [...] o INSS é complicado...às vezes você tá com o... com o atestado médico provando tudo[...] e às vezes o médico não considera, não sei porquê”. T.5 (fala objetiva, sugerindo indignação).

“Olha, foi é... o processo foi bem difícil, porque eu fiquei...como demorou a... a [cita empresa] não, não tinha um local ainda pra, pra me colocar [...] Quer dizer... eu queria voltar a trabalhar, mas eles não tinham um local para me colocar ainda, né, então eu fiquei aguardando em casa [...] então, essa é a preocupação quando a gente volta do afastamento pra, principalmente pra readaptação, foi meio complicado, eu tive que fazer uma briga (risos de ironia)”. T.8 (olha para cima remetendo o ato de pensar, parecendo procurar palavras para explicar).

De maneira geral, o RT expresso pelos trabalhadores evidencia a dificuldade para a retomada de suas atividades laborais, seja em relação ao comprometimento da capacidade para o trabalho ou pela desassistência e desconsideração de atores envolvidos neste processo, como o INSS e os empregadores. Mesmo quando o trabalhador expõe uma vivência positiva, como o T.1, em um deslize presente em seu discurso emerge a afirmação da cobrança sobre os trabalhadores exercida no ambiente laboral, fala também reforçada por T.3 ao mencionar as obrigações e sobrecarga impostas pelo trabalho.

Em muitas situações, o trabalhador opta por esconder seu sofrimento, como expresso por T.3, em uma estratégia defensiva para contorná-lo (DEJOURS, 2019) e por receio a retaliações e estigmatização de supervisores e colegas de trabalho. Este sofrimento é agravado quando o trabalhador não se vê em condições de saúde compatíveis para a execução da atividade, como apontado por T.4, que acabou saindo da empresa por não conseguir atender às demandas laborais de seu ofício.

Um estudo apontou a dificuldade e o sentimento de constrangimento vivenciados pelo trabalhador nos ambientes laborais frente ao despreparo institucional para a oferta de trabalho compatível com a condição de saúde apresentada pelo trabalhador após agravos do trabalho, bem como a ocultação de adoecimentos deste, por medo de julgamentos e rotulações pelos colegas de trabalho (PINA; STOTZ; JACKSON FILHO, 2018).

Ressalta-se que as estratégias adotadas para driblar o sofrimento perpassam, inicialmente, pelo aspecto coletivo e não individual, ou seja, são estratégias elaboradas e mantidas pelos coletivos de trabalho, construção na qual os trabalhadores se reconhecem entre si, em uma relação de confiança (DEJOURS, 2017). Assim, mesmo que os discursos apontem mais claramente defesas individuais, as que correspondem ao coletivo também estão presentes intrinsecamente, pois estão imbricadas ao reconhecimento, pelo julgamento que confere o

pertencimento a este coletivo e à cooperação, pela discussão e organização coletiva das condutas dos trabalhadores nas atividades laborais (DEJOURS, 2002).

Além do comprometimento físico e o sofrimento vivenciados no afastamento do trabalho, o trabalhador ainda se depara com a insipiência dos diversos serviços na condução dos casos, necessitando apresentar provas que comprovem sua incapacidade no momento, submetendo-se às exigências da atividade mesmo debilitado, como vivido por T.5, demonstrando que a palavra do trabalhador não tem valor e o seu sofrimento, independente do âmbito, é irreal. Silveira e Merlo (2019) evidenciaram que a dor do trabalhador é apontada como fingimento por diversos componentes, incluindo médicos, que não reconhecem seu sofrimento, tampouco o INSS, ao enquadrá-lo como doença não ocupacional, sugerindo uma "desqualificação do reconhecimento social do adoecimento pelo trabalho".

Ainda neste aspecto, a nova condição de saúde do trabalhador no momento do RT é invisível aos empregadores, que não oferecem possibilidades de adaptação das atividades, sendo necessárias lutas pelo trabalhador para que seja respeitado em suas necessidades, com a disponibilização de locais apropriados e passíveis de readaptação, como conta T.8. É importante salientar que a prática de modelo colaborativo, visando o gerenciamento de incapacidades, envolvendo diversos atores sociais, incluindo o trabalhador, repercutem satisfatoriamente sobre o empregador e trabalhador, imprimindo-lhe satisfação com a retomada laboral (MUSTARD *et al.*, 2017) e resultando em ambientes modificados, conforme necessidades e condições de saúde do trabalhador.

Quanto às expressões e comportamentos expressos no decorrer dos discursos, há a predominância de ansiedade, sugerindo o desconforto pela filmagem e, ao mesmo tempo, por receio em se expor, comportamento que perdura pela forma de organização a que estiveram submetidos, sem direito a fala, refletindo na dificuldade de se expressar e aflorando a mágoa e revolta das “marcas” que ficaram na memória.

Quadro 2. Segmento 2: Sobre os sentimentos do trabalhador no processo de RT.

Fragmentos Discursivos

“Ah... eu me senti um pouco inseguro no começo... assim com o movimento e de conseguir voltar a trabalhar, mas depois senti confiança e foi tranquilo, não tive problema”. T.1 (fala objetiva).

“Olha eu me senti assim humilhado [...] antes de eu me acidentar, a gente trabalhava; o meu

superior lá chegava assim, conversava comigo... todo mundo conversava comigo e quando eu retornei eles começaram a fazer assim, a juntar no cantinho, uma conversinha aqui, outra conversinha aqui [...] já me medindo da cabeça aos pés” T.2 (responde de maneira rápida e direta).

“[...] é como se você já tivesse se sentindo uma pessoa é... que já não tivesse servido, já não tivesse sendo mais útil, né [...] mexe muito com o psicológico [...] as pessoas te cobram isso [...] não vão avaliar a fundo se realmente você tá apto pra fazer aquilo novamente [...] Na verdade elas [empresas] querem uma produção, querem um rendimento... da sua parte [...] Aí você se sente um... não é bem assim, mas meio que inválido, porque... você quer fazer, mas você já não consegue mais... e as pessoas sempre te olhando com aquele ar de cobrança, sabe? Ou tipo assim, ele tá fazendo corpo mole pra não desenvolver o serviço dele... entendeu?! ” T.4 (postura ansiosa, fica enrolando o papel com as mãos).

“Ah...sentimento de revolta...” (expressão facial de lamentação) “sentimento de revolta porque você não tem o atendimento certo que é pra você ter...por ter CAT [Comunicação de Acidente de Trabalho], tudo provando que você teve o acidente, teve uma lesão, tudo, passei pela perícia [...] e você... tem que trabalhar, às vezes com dor” T.5.

“Olha...” (leve sorriso de ironia) “resumindo bem claro... um lixo, um nada, um cachorro sem dono [...] eu me senti um lixo mesmo, uma mendiga humana, uma parasita, porque eu fiquei totalmente dependente... de todo mundo. Hoje eu ainda sou dependente, mas eu pelo menos ainda ando, o dia que eu tô com dor eu fico deitada [...]então eu não caí porque eu quis, eu não me joguei... foi um acidente e a firma... não deu assistência nenhuma [...]Então... eu não fui nada mais do que... um papel amassado que se joga no lixo. E é o que eu estou até hoje, jogada pra traça” T.6.

Em relação aos sentimentos aflorados neste processo, a maioria dos trabalhadores apontou os de conotação negativa, como humilhação e revolta, indicados por T.2 e T.5. Uma vez que as relações sociais no ambiente de trabalho foram modificadas negativamente, incutiram no trabalhador a sensação de exclusão e de ser vítima de preconceitos e estigma, fato que transcende o local de trabalho e se reproduz em outros espaços, como no INSS, demonstrando a exclusão do trabalhador caso não haja comprovação de sua incapacidade, ou mesmo em casos onde há provas, o descaso e a total ignorância para com a saúde do trabalhador sobressaem.

Um estudo desenvolvido com trabalhadores vítimas de agravos laborais mostrou a

necessidade de um arcabouço de exames juntamente com a CAT para o reconhecimento do comprometimento de saúde pelo INSS, sendo que na maioria dos casos, tais exames não são vistos, tendo a situação acentuada com a desconfiança dos médicos peritos, em um atendimento que desconsidera os aspectos psicossociais do trabalhador, gerando sentimentos de revolta, humilhação, constrangimento e impotência (ZAVARIZZI; ALENCAR, 2018).

O sentido do trabalho é tão significativo e central (DEJOURS *et al.*, 2018) para a vida do indivíduo que a ocorrência de agravos à saúde que comprometem seu desempenho atribuem-lhe a perda da identidade, também reflexo da lógica capitalista, que pauta-se na produtividade e no consumismo como sentidos de existência, conforme evidenciado por T.4.

As falas de T.4 e T.6 demonstram o profundo sofrimento vivenciado pelos trabalhadores durante o processo de afastamento e RT, expressados pelos sentimentos de cobrança, culpa e inutilidade, incompatíveis com a produtividade e multifuncionalidade esperada pelo mercado de trabalho. As sociedades ainda são marcadas pela lógica de mercado capitalista, pautada no consumismo, sendo o poder concentrado na mão de poucos, que permanecem com uma postura individualista, desigual, hierárquica e não apresentam políticas sociais pautadas na equidade, com acesso e oportunidades justas a cada trabalhador (DROLET *et al.*, 2020) e com olhar que pondere as diferentes condições e necessidades deste.

No entanto, é importante salientar que, mesmo sendo sobressalente o sofrimento decorrente da atividade laboral, o trabalho desencadeia, inicialmente, sentimentos e significado positivos ao indivíduo, na qual a centralidade do trabalho assume uma posição teleológica, permitindo o alcance tanto da sua autorrealização, quanto da realização de necessidades, reforçando o avanço e especificidade daquele enquanto ser social, além de promover o estabelecimento de relações, satisfação e atribuição de sentido à vida (ANTUNES, 2009). Assim, o trabalho promove prazer e contribui ao aspecto psicológico do indivíduo, conferindo-lhe “um senso de saúde e autorrealização” (GEMELLI; OLTRAMARI, 2020).

Em contrapartida, com a constante necessidade de comprovação de sua (in)capacidade e da incansável luta por assistência e para ser visto, como dito por T.5, o sofrimento do trabalhador é agravado, segundo expresso em T.6, que por um efeito metafórico, expõe o sentimento de sentir-se como um cachorro sem dono, lixo, parasita ou mendiga humana, ou seja, desamparado por todos, lutando pelo seu reconhecimento e acolhimento. E ainda expressa a justificativa pelo ocorrido, indicando culpabilização, prática comum na sociedade na qual há a procura por erros cometidos pelo trabalhador em detrimento à organização e

condições do ambiente de trabalho, apontando-o como substituível e incitando descartabilidade (ARAÚJO; MORAIS, 2017). Ou seja, à medida em que o trabalhador tem sua capacidade para o trabalho e produtividade afetada por agravos laborais, é substituído e abandonado.

No que tange os gestos adotados nos discursos, a forma objetiva de resposta reafirma o sentimento vivenciado, mas ainda se mantém o desconforto em reviver o assunto, como em T.4 e a indignação pelo tratamento recebido dos atores, INSS e empregador, remetendo ao total descaso com o trabalhador e a situação que estava enfrentando no momento.

Quadro 3. Segmento 3: Sobre o apoio recebido no RT.

Fragmentos Discursivos

“Eu tive apoio total...” (fala convicta) “da minha família e do pessoal que trabalhava comigo também, entendeu, tudo... me ajudou também para voltar...foi bem tranquilo nessa parte de voltar a trabalhar [...] me ajudavam, tudo que eu precisava, eles estavam lá pra ajudar”. T.1.

“Não, nenhum, lugar nenhum,” (fala convicta) “só aqui mesmo [referindo-se ao Cerest] [...] É, antes de eu retornar ao trabalho, eu tinha vindo aqui...falado com a [assistente social] [...] Aí a [assistente social] ‘mas você tem a capacidade para voltar pro trabalho?’ Digo, capacidade assim, posso dizer que eu tenho, que eu não sou um homem de correr do...do meu trabalho, né?!”. T.2.

“Não tive apoio de ninguém, foi eu mesma” (fica acenando negativamente com a cabeça). “Ninguém falou assim: ai não, você precisa voltar, porque isso, porque aquilo, não [...] Não tive apoio de ninguém não [...] Eu dependo de mim, entendeu?! Eu faço tudo de mim [...] Por ela, bem [referindo-se à empregadora]... por ela... foi eu e Deus”. T.3.

“Não... o único apoio que eu tive foi da minha irmã...foi da minha nora [...] foi assim de um amigo, uma cunhada... porque da empresa nada. Mas eu tive apoio de terceiros”. T.6 (olhar de lembrança alternando com lamentação, acenando levemente a cabeça de forma negativa).

“Ah, não tive, não tem apoio de ninguém, né, apoio, o INSS... despediu você de lá que tá bom lá pra trabalhar...fazer o que né meu, né?! Você tem que trabalhar” (acena negativamente a cabeça, com expressão de lamentação). “Aí ia falar com eles na firma, você vai reclamar alguma coisa, eles falam ‘volta no INSS’. Você volta lá...o cara...tá liberado pra trabalhar”. T.7.

“Olha, sem ser da minha família [...] que me deu muito apoio, é... a [cita a enfermeira] do

Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho [SESMT], é...me acolheu muito bem [...] queriam que eu entrasse pelo INSS [referindo-se aos afastamentos que teve], falei não, não vou entrar porque eu sei, é complicado entrar pelo INSS, as pessoas sabem disso e acho que é um direito do trabalhador não querer isso”. T.8 (fala objetiva).

Os trabalhadores apresentaram dificuldade em identificar pontos de apoio para o RT, apontando a ausência deste ou, quando percebido, advindo da família, colegas de trabalho, Cerest e SESMT. Alguns atores sociais, como o empregador e o INSS, desconsideraram as situações dos trabalhadores, perpetuando a invisibilidade histórica destes.

Sobre o contexto familiar, a fácil identificação deve-se ao apoio no aspecto emocional, associado à possível amparo assistencial, com auxílio para locomoção até o trabalho, consultas, etc. (WHITE *et al.*, 2019). Contudo, outros importantes atores sociais também contribuem positivamente para o trabalhador ao longo deste processo, tornando-se fonte de motivação, como os colegas de trabalho, supervisores, além da equipe de saúde. Destaca-se que a presença de bons relacionamentos, interação social e o gerenciamento de estresse para a promoção do equilíbrio entre vida pessoal e profissional contribuem substancialmente para a saúde do trabalhador (AMMENDOLIA *et al.*, 2016).

Neste sentido, um trabalhador relatou o apoio advindo dos colegas de trabalho, imprimindo-lhe o sentimento de acolhimento e pertencimento ao grupo (AMARAL *et al.*, 2017) em respeito às suas condições físicas, em um movimento de cooperação pelos colegas de trabalho (WLOSKO; ROS, 2019), reforçando sua importância para a atividade laboral. Para o RT, o estreitamento das relações sociais, incluindo a estabelecida entre empregador-trabalhador pautada em comunicação, promove apoio para novas atividades e modificações sustentadas. Cabe destacar, ainda, que a sensibilização dos supervisores hierárquicos frente a condição de saúde do trabalhador pode ser influenciada com o incentivo dos colegas de trabalho para o acolhimento do trabalhador após RT (KÄRKKÄINEN; SAARANEN; RÄSÄNEN, 2019).

Dois trabalhadores apontaram um membro do serviço de saúde ocupacional da empresa (SESMT) em que trabalha e o Cerest como fontes de apoio. A dificuldade de identificação dos diferentes atores que podem contribuir com o processo de RT pode ser atribuída à falta de manejo adequado com a intersetorialidade dos serviços, ação que rompe com o corporativismo de cada ator, tendo como consequência a falta de compartilhamento de

informações e, com isso, a ausência de coordenação de ações para o aprimoramento na condução dos casos (BARROS *et al.*, 2020). Assim, esta ausência de comunicação e alinhamento de ações entre os diversos atores afeta a vida do trabalhador, de maneira a tornar-se um determinante de sua incapacidade (LOISEL; DURAND, 2005).

Durante os discursos, os comportamentos e a maneira dos trabalhadores se expressarem remete a uma clareza dos atores que ofertaram apoio no RT, quando falam objetivamente, porém traz à lembrança e reforçam a ausência de apoio, ao acenarem negativamente a cabeça, o que pode imprimir a sensação de solidão neste processo.

Quadro 4. Segmento 4: Sobre o atendimento pelo Cerest.

Fragmentos Discursivos

“Então é, de prontidão foi muito bom...quando eu estava dando entrada lá [referindo-se ao hospital] eles me ligaram, falaram pra mim quando eu receber alta de começar a fisioterapia; que eu poderia vir que já teriam a vaga, foi muito bom [...] Aí eu vinha e não tinha [referindo-se à fisioterapia] [...] aí eu procurei o particular [...]” T.1 (fala convicta).

“O atendimento pra mim foi 100%”(ergue as sobrancelhas, denotando satisfação) “não tenho queixa nenhuma de falar [...]. Eles pegaram, me deram apoio, me falaram como é que se trabalha, ‘você trabalha com os EPI?’[...] . Se não fosse eles eu não saberia nem como eu...dar andamento no meu processo de afastamento, é...me instruíram bem, me explicaram como é, tudo direitinho...pra mim seguir [...] Aí eu não sei o que aconteceu, se eles foram lá [referindo-se a empresa]...foram só verificar como é [referindo-se às condições do ambiente de trabalho], até hoje eu não...não tive resposta deles[referindo-se ao Cerest]”. T.2.

“Ah! Aqui foi bom, foi ótimo... fui bem atendido, é... o acompanhamento foi muito bom [...] e eu voltei a trabalhar na minha profissão normalmente, entendeu, lógico, um incômodo sempre vai ter, mas... poxa vida, melhorou 80%, entendeu... as dores que eu sentia, o incômodo que eu sentia, depois do tratamento, depois do acompanhamento que eu tive”. T.4 (fala precisa, mas mantém postura ansiosa).

“Olha, se eu consegui alguma coisa foi tudo pelo Cerest [...] Então foi através dela [referindo-se a uma fiscal do Cerest] que eu tive atendimento pela perita [do INSS], porque forçou o pedido do CAT [...] se não fosse por ela [fiscal do Cerest]”(expressa gratidão) “eu não tinha conseguido nem mesmo os 40 dias [referindo-se ao afastamento]...porque o patrão em si... lavou as mãos e como diz, ia me deixar às ‘minguas’ mesmo, ele me deixou, mas ele

ia me deixar mais ainda. Fora isso, eu obtive o colete através da [cita a fisioterapeuta do Cerest] [...]. Se eu consegui pegar medicação de alto custo, foi porque a [cita a fiscal do Cerest] me disse [...]”. T.6

“Umás quatro, cinco vez que eu vim, né, mas só que nessa vez que... estava fazendo fisioterapia aqui, eu já estava afastado pelo INSS [...] aí ela [referindo-se à fisioterapeuta] pegou um dia e falou pra mim que [...] eu tinha que voltar não sei, no INSS lá, pegar um negócio [...] eu nem voltei mais... você ia lá, não resolvia nada, né?! Eu nem voltei [ao Cerest]”. T.7 (postura ansiosa, fica mexendo nas chaves que possui nas mãos).

“[silêncio]... aqui, aqui o atendimento de quando eu vim pra cá,na verdade eu não sabia” (expressa timidez) “até que a prefeitura tinha, eu não conhecia... esse trabalho que tinha aqui. E... aí a minha mãe, como passava em acompanhamento, ela falou [...] Quando eu tive que ir para um lugar é... mais tranquilo, burocrático... isso me deixou bem mal. Mas aí eu fui entendendo, conforme eu fui fazendo o acompanhamento com a psicóloga... que a gente tem que dar uma parada. Até porque... um dos motivos por qual eu adoeci também foi por conta de muito trabalho”. T.8.

O Cerest foi abordado pelos trabalhadores, predominantemente, de maneira positiva, repercutindo sobre sua saúde e sentimento de acolhimento. Pelos discursos, nota-se que o Cerest atua, principalmente, na recuperação da saúde dos trabalhadores, no aspecto físico e psicológico. Além disso, foi reconhecido por estabelecer relações para assegurar os direitos do trabalhador, como a interação com a empresa para abertura de CAT, orientação para afastamento pelo INSS e negociação para obtenção de equipamento ao trabalhador, que auxiliam em sua saúde.

Cabe destacar que, apesar de ser prevalente nos discursos o tratamento do trabalhador, o Cerest não possui como foco principal o atendimento direto a tal público, considerando que as ações em Saúde do Trabalhador são de competência dos diversos pontos da RAS no SUS, cabendo ao Cerest o apoio técnico especializado para ações, que devem contemplar o monitoramento e ações que alcancem não apenas o individual, mas o coletivo. Assim, sua atuação pauta-se na "assistência, vigilância, informação, pesquisas", visando proteção, promoção da saúde e prevenção de agravos à saúde do trabalhador (MINAYO GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018, p.1965) em decorrência dos processos e organizações laborais.

Isto sugere a sobrecarga da APS, porta de entrada e ordenadora do sistema de saúde,

que deveria assistir ao trabalhador em suas diversas demandas, bem como à falta de ações matriciais pelo Cerest aos setores do SUS. Em estudo desenvolvido por Lazarino, Silva e Dias (2019), o apoio matricial mostrou-se como uma valiosa estratégia na qual os trabalhadores da APS apontaram ser uma oportunidade de aprendizado, despertando o olhar para o trabalho e facilitando o reconhecimento deste sobre o processo saúde-doença.

No entanto, algumas limitações também foram apontadas, como a falta de retorno de desenvolvimento de ação para o trabalhador, como dito por T.2, a falta de comunicação e informação ao trabalhador sobre o tratamento, conforme menciona T.1, e a falta de participação nas decisões do tratamento, como ocorreu com T.7, podendo acarretar em comprometimento do tratamento e do vínculo, desencadeando processos de abandono, como ocorreu com estes últimos.

Um estudo holandês apontou que a ausência de comunicação entre os profissionais promovia a sensação de falta de orientação e, conseqüentemente, de escuta pelo trabalhador, além de que os atores sociais poderiam influenciar nas escolhas do trabalhador, repercutindo negativamente sobre a autonomia deste no RT (SMEETS; HOEFMIT; HOUKES, 2019).

Sobre as orientações realizadas aos trabalhadores, também denota uma necessidade de aperfeiçoamento, pois compreende situações pontuais e individualizadas, como com T.2, em que é orientado sobre a maneira segura para a realização da atividade. Contudo, a forma segura e apropriada para o desempenho do trabalho compreende, inicialmente, a avaliação do ambiente laboral, com a identificação de riscos e modificações dos locais de trabalho, ação que, segundo relato, não ofereceu devolutiva ao trabalhador ou não aconteceu. As inspeções dos ambientes laborais compreendem uma importante ação do Cerest, realizada de forma compartilhada, que permite a identificação de riscos no ambiente laboral, apontando adequações nos postos de trabalho que estão além das normas legais vigentes, ou seja, que incluam os determinantes organizacionais que afetam a saúde dos trabalhadores, para a diminuição dos acidentes de trabalho (VILELA *et al.*, 2018).

Além disso, o desconhecimento do Cerest, como trazido por T.8, denota a falta de visibilidade de ações desta instância de maneira geral. Isto pode ser explicado pelos retrocessos do campo da Saúde do Trabalhador nos últimos anos (LACAZ, 2016), aliado à falta de investimentos das esferas governamentais.

Em relação aos comportamentos dos trabalhadores, identificados no decorrer das falas, a maneira direta pode denotar uma reafirmação do discurso, bem como da vivência e do sentimento aflorado ao longo do acompanhamento pelo Cerest, mas pode apresentar

incômodo, quando postura ansiosa, e timidez ao abordar um serviço que, mesmo com caráter público, não é de conhecimento de todos os cidadãos e que apresenta ressalvas em suas ações.

Quadro 5. Segmento 5: Sobre sugestões na atuação do Cerest.

Fragmentos Discursivos

“[...] a comunicação de, de não ter ou de ter [referindo-se às sessões de fisioterapia]. Eu vinha aqui, acabava esperando e não tinha [...] e o comprometimento a mais, né, tipo de ter outra pessoa no lugar [ainda sobre a fisioterapia] de não atrapalhar ela, nem eu no caso”. T.1 (fala objetiva, imprimindo segurança).

“Olha assim... eu acho que o Cerest deveria ir lá antes de tudo [...] deveria ter ido lá [ambiente de trabalho] mesmo e ter feito uma verificação completa [...] Durante o meu afastamento [Cerest ter ido ao ambiente de trabalho], porque quando eu saí eu fiquei em contato com os meninos que trabalhava lá eles falaram [...] olha, aqui continua... continua pior do que quando tu tava aqui”. T. 2 (demonstra receio ao iniciar a fala).

“Ah, as fisioterapias que eu fiz aqui foi bom pra mim [...] ia fazer hidroginástica... só que estava demorando [encaminhamento do SUS] ái o INSS deu alta e eu não pude fazer a hidroginástica [...] Eu fico decepcionado, né, porque tanto por parte da empresa [...] como do INSS...não tive respaldo nenhum. [...] tô fazendo esse tratamento [...] é tudo particular, tenho que pagar [...] se for esperar pelo SUS... você morre”(risos de sarcasmo/indignação) “Essa que é a grande realidade do Brasil”. T.5.

“Olha, eu acho que o que foi feito era o que cabia no momento, entendeu?! Foi feito o tratamento que era possível ser feito na época e... me deu muito resultado”. T.4 (postura ansiosa).

“Olha, eu desconheço as normas e as regras, mas eu acho assim, naquilo que eu precisei” (pausa exprimindo lembrança) “ele me deu atendimento, inclusive eu não estava conseguindo fazer fisio [fisioterapia] logo na sequência [do acidente]. A [fiscal do Cerest] me deu uma cartinha, eu levei até o posto [...] mas tem aquela burocracia [de agendamentos] e... ela [fiscal do Cerest] me ligou [para fazer fisioterapia]”. T.6.

Algumas dificuldades foram indicadas nos discursos dos trabalhadores, como falta de feedback na condução dos casos e de comunicação entre os profissionais, gerando ausência de informação e, conseqüentemente, prejuízo à assistência ao trabalhador, como o abandono ao tratamento pelo Cerest. Esta falta de interação entre a própria equipe e, principalmente desta

com o trabalhador, reflete negativamente sobre o RT, uma vez que prolonga o período de recuperação e retomada das atividades laborais, com reflexos sociais e, em alguns casos, econômicos, bem como retarda o alívio de sintomatologia, acentuando as descompensações decorrentes da ausência do trabalho (ZAMBRONI-DE-SOUZA; MORAES, 2018).

Além disso, um dos discursos trouxe o papel preventivo que o Cerest deveria assumir em inspeções nos ambientes de trabalho, que tem o objetivo de verificar as condições laborais. A atuação na prevenção tem se mostrado um grande desafio para o Cerest, que ainda mantém o foco em ações assistenciais e em ação fiscalizatória pós-evento, que ocorrem de maneira compartilhada com as vigilâncias nos ambientes laborais, após a ocorrência de acidentes do trabalho.

Diversas causas podem comprometer tal atuação, em especial a falta de informações que expressem a realidade por meio dos bancos dados, devido a significativa subnotificação dos agravos do trabalho (BATISTA; SANTANA; FERRITE, 2019), e o subfinanciamento do SUS e do Cerest, que se refletem em escassez de recursos humanos e físicos. No entanto, o desenvolvimento de ação preventiva, contemplando apontamentos para adequações nos ambientes e organizações do trabalho, associada a processos educativos, que envolvam trabalhadores e empregadores, promoveria ambientes saudáveis, repercutindo na diminuição de agravos e no fortalecimento da satisfação com o trabalho.

Um dos trabalhadores reforça o sentimento de decepção e indignação decorrente dos desdobramentos do RT, com o descaso do INSS e abstenção do empregador, acentuando seu sofrimento e acarretando o prolongamento do tratamento. Ainda sobre este discurso, pode-se inferir a ausência de diálogo entre as instâncias intra e extra SUS, ação que poderia ser disparada pelo Cerest, setor que realizava o acompanhamento do trabalhador, objetivando uma abordagem apropriada e conseqüentemente, aproximando-se de um tratamento otimizado e um RT sustentado.

Estudo bibliográfico apontou que as intervenções combinadas, ou seja, que envolviam diferentes atores, incluindo a participação ativa do trabalhador-alvo e representantes do ambiente laboral, produziu efeitos benéficos, com um RT total e redução da sintomatologia abordada (PIJPKER *et al.*, 2020).

Estratégias de articulação intra e intersetoriais poderiam fortalecer as ações de prevenção de doenças e acidentes de trabalho, a fim de evitar a ocorrência de tais eventos, dada a potencialidade e especificidade de verificação e ajustes das condições de trabalho a que os trabalhadores estão submetidos (PEREIRA; OLIVEIRA; SILVA, 2018). O

fortalecimento das parcerias entre a APS, Cerest e Vigilâncias (articulação intrasetorial) poderia ser um caminho frutífero neste sentido, bem como com a Superintendência Regional do Trabalho e Emprego (SRTE) (intersetorial). A atuação conjunta acontece em alguns casos emblemáticos (como em acidentes de trabalho fatais), porém, sempre de forma reativa, após a ocorrência.

Esta falta de otimização também foi expressa por T.6, ao indicar a burocracia existente nos serviços de saúde, sobretudo no SUS, no qual o trabalhador percorre diversos setores para um atendimento integral em saúde. Esta burocracia pode ser remetida a um contexto histórico, na oferta de quaisquer serviços e benefícios destinados à população não compreendida pela elite, evidenciando a disparidade capitalista.

Em meio às sugestões mencionadas pelos trabalhadores, T.4 e T.6 exprimem o sentimento de terem sido contemplados em suas demandas, quando relatam que obtiveram atendimento e resultado satisfatório no tratamento. Contudo, em deslizes presentes em ambos os discursos, emerge a incerteza sobre possíveis estratégias complementares para seus tratamentos de saúde.

Quanto ao discurso não-verbal, o receio em falar, bem como a permanência de postura ansiosa podem remeter a um caráter opressor das relações hierárquicas do trabalho, em que o trabalhador sente-se inibido em realizar críticas e sugestões; mas experiências positivas podem imprimir segurança no discurso, como em T.1, além da ironia como uma forma mais sutil de expor a revolta e a pausa de lembrança remetendo a uma dúvida e certificação do discurso verbalizado.

Quadro 6. Segmento 6: Considerações complementares sobre o RT.

Fragmentos Discursivos

“Não foi respeitada [referindo-se a carta médica para mudança de função]. Fiquei na mesma função, só fizeram eu mudar de máquina, que a minha máquina era uma máquina média, ele [empregador] me botou numa máquina maior” (risos irônicos). T.2

“A gente sempre espera, porque você se doa tanto...por alguém ou por uma empresa e depois você, meio que não era aquilo que você imaginava que fosse, né. Então é só assim, só uma questão de que os empregadores, né, olhassem com um pouco mais de atenção pro funcionário [...] Você não pode sugar um... um ser humano como se ele fosse um... uma máquina, né... um instrumento que você põe lá, liga o botãozinho e vai...vai na sua função aí”

até você desgastar, não é assim, entendeu?! É uma vida e uma vida não tem preço”. T.4 (postura ansiosa).

“Próprio INSS... não reabilita a pessoa, a pessoa volta a trabalhar pior, depois volta de novo a afastar... não tem... validade nenhuma... o tratamento... não coincide a data... parece que eles fala...não tem a mesma língua, o INSS com o SUS... o tratamento, a pessoa certa, tem que ter um acompanhamento tanto por parte do INSS como do SUS” T.5 (gesticula bastante com as mãos, indicando sequência/organização).

“[...] em todos os lugares que eu passei, não é feito esse trabalho com os funcionários, principalmente, por exemplo, o funcionário está dando problema, eles ficam trocando de lugar... eles não avaliam o porquê que está acontecendo, o que está acontecendo [...] e o grande problema que eu vejo é a chefia mal preparada” T.8 (fala objetiva).

Os discursos reforçam a falta do olhar para a classe trabalhadora, em associação ao desrespeito prevalente que tal classe vive ao longo da história, em muitos casos com medidas punitivas, como experienciado por T.2. Ao remeter à história, o trabalhador é marcado por explorações e à falta de atendimento a imposição hierárquica, referente à determinada demanda de trabalho, sofre punições de diferentes âmbitos.

A lógica capitalista e neoliberal apenas mascara esta situação, uma vez que exige e explora seu trabalhador pelo lucro em detrimento da saúde, com impactos físicos e psicológicos sobre o trabalhador. Isto pode ser observado no discurso de T.4, acompanhado de um apelo para um olhar humano e holístico dos empregadores para com os trabalhadores.

O trabalhador ainda é ignorado enquanto ser humano, mantendo a imposição mascarada da subordinação, não tendo direito a quaisquer formas de expressão e com a adição da cobrança por produtividade, ou seja, continua sendo vítima do capital e sua manipulação alienante, que escraviza o trabalhador à sua lógica de manutenção de enriquecimento e posição social aos que detém o poder. Sem desconsiderar que as organizações exploram o trabalhador ao limite, “impondo-lhe o sentido mais profundo de sua mercantilização: a abreviação de seu tempo de uso como resultado do aprofundamento, pelo adoecimento, de sua característica de mercadoria de alta descartabilidade” (ANTUNES; PRAUN, 2015, p.423).

Foi apontado, ainda, o despreparo institucional no manejo do comprometimento de saúde do trabalhador, com seu remanejamento constante entre postos de trabalho, não havendo diálogo entre trabalhador e empregador para investimento em melhorias pautadas nas considerações dos trabalhadores.

Esta desarticulação se estende ao INSS e SUS, como apontado por T.5, promovendo reflexos desastrosos à vida e saúde dos trabalhadores, como o comprometimento do RT e a manutenção de benefícios do INSS, além do impacto psicológico, econômico e social ao trabalhador. Quanto à interação do SUS e o INSS, não há movimentos de cooperação, tampouco comunicação ou mesmo cruzamento de sistemas de informação que permitam a compreensão da condição de saúde do trabalhador, com falhas na atuação de ambos os setores (VAITSMAN; LOBATO, 2017).

Esta dificuldade de interação e colaboração também é apontada em cenário internacional devido à fragmentação dos serviços e à restrição de tempo dos profissionais, o que acarreta no uso insuficiente das informações e, conseqüentemente, na realização das mesmas abordagens por atores diferentes (LAMMERTS *et al.*, 2016).

Por fim, um ponto de singular importância a ser considerado no processo de RT é a participação do próprio trabalhador nas decisões que permeiam este processo, o que torna as ações consistentes, uma vez que ele conhece as especificações de seu posto de trabalho, identifica e analisa as expectativas e estratégias incompatíveis com sua condição de saúde (GRAY *et al.*, 2019).

Referente aos gestos, os risos irônicos demonstram lamentação em lembrar ação digna de repúdio, na qual o empregador pune o trabalhador; a postura ansiosa mantém o incômodo com o assunto abordado, podendo remeter à dificuldade em falar sobre a vivência, porém, em oposição, emergem a fala objetiva e a gesticulação, apontando para uma compreensão, adoção de posicionamento e crítica sobre a situação vivenciada.

Considerações Finais

Por meio dos discursos dos trabalhadores, obteve-se que o Cerest desempenha uma atuação positiva durante o processo de afastamento, mas limitada quanto ao RT, concentrando suas ações em aspectos assistenciais, principalmente ao restabelecimento físico ou psicológico do trabalhador, acrescido de orientações individuais, voltadas a cada situação. Foram mencionadas algumas ações que necessitam de aperfeiçoamento, como a participação ativa do trabalhador no seu plano de cuidados, o aprimoramento do diálogo entre os profissionais do Cerest e destes com o trabalhador, o desenvolvimento de ações preventivas, com intervenções e fiscalizações precoces nos ambientes de trabalho, que contemplem a análise específica dos espaços físicos e espaciais do trabalho e ofereça a devolutiva de tal análise aos trabalhadores.

Contudo, mesmo com o apontamento de ações restritas, o Cerest foi trazido como uma instância acolhedora, em momentos no quais o trabalhador mais precisa de orientação e recuperação de sua saúde e, geralmente, fica desamparado por atores que ignoram suas necessidades e mantêm suas condutas e ações fragmentadas, focadas em benefício próprio.

Os trabalhadores, em sua maioria, ainda vivenciam um RT difícil, agravado pela falta de articulação dos atores envolvidos neste processo, o despreparo, desrespeito e descaso institucional; falta de assistência do INSS, em que desconsidera a condição de saúde do trabalhador, colocando-o em alta precoce, resultando na permanência da incapacidade e no aumento do sofrimento do trabalhador. Assim, o apoio percebido pelos trabalhadores para o RT proveu, principalmente, da família, colegas de trabalho, Cerest e SESMT. Contudo, a ausência de apoio esteve consideravelmente presente nos discursos dos trabalhadores, com destaque para o INSS e empregador.

Diante disso, é necessário que haja um movimento dos atores envolvidos no processo de RT no estabelecimento de interação, discussões e colaboração entre si e com a participação ativa do trabalhador, na busca de um RT sustentado, com foco, principalmente, na condição de saúde deste e do ambiente laboral.

Cabe salientar que o Cerest, possuindo como uma de suas atribuições a articulação intra e intersetorial, pode propor ou manifestar tal iniciativa, mas que seja estimulado por meio do empenho de gestores e instâncias governamentais e mesmo, dos próprios profissionais que compõem a equipe.

Limitações do Estudo

Esta pesquisa tem como limitação o fato ter sido realizada em apenas uma localidade e ser composta por um número pequeno de participantes, devido às recusas de participação, as falhas nos registros para contato e o contexto da pandemia da COVID-19 que impactou a manutenção da coleta de dados.

Referências

AMARAL, G.A. *et al.* O Lugar do Conceito de Sublimação na Psicodinâmica do Trabalho. **Revista Polis e Psique**, v.7, n.3, p.200-223, 2017. Disponível em:http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2017000300012&lng=pt&tlng=. Acesso em: 28 jun. 2020.

AMMENDOLIA, C. *et al.* Healthy and productive workers: using intervention mapping to design a workplace health promotion and wellness program to improve presenteeism. **BMC**

Public Health, v.16, p.1190, 2016. Disponível em: <http://doi.org/10.1186/s12889-016-3843-x>. Acesso em: 25 jun. 2020.

ANSOLEAGA, E. *et al.* Facilitadores del reintegro laboral en trabajadores con patología mental de origen laboral: una revisión sistemática. **Rev Med Chile**, v.143, p.85-95, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000100011>. Acesso em: 14 abr. 2019.

ANTUNES, R.L.C. **Os Sentidos do Trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. 2.ed., 10.reimpr. rev. e ampl. São Paulo: Boitempo, 2009.

ANTUNES, R.; PRAUN, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Serv. Soc. Soc.**, n.123, p.407-427, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.030>. Acesso em: 30 nov. 2019

ARAÚJO, M.R.M.; MORAIS, K.R.S. Precarização do trabalho e o processo de derrocada do trabalhador. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v.20, n.1, p.1-13, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v20i1p1-13>. Acesso em: 12 jul. 2020.

BARROS, J.O. *et al.* Intersetorialidade em saúde e trabalho no contexto atual brasileiro: utopia da realidade?. **Interface (Botucatu)**, 24, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190303>. Acesso em: 25 jun. 2020.

BATISTA, A.G.; SANTANA, V.S.; FERRITE, S. Registro de dados sobre acidentes de trabalho fatais em sistemas de informação no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.24, n.3, p.693-704, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.35132016>. Acesso em: 02 jul. 2020.

BILODEAU, K.; TREMBLAY, D.; DURAND, M.J. Exploration of the contexts surrounding the implementation of an intervention supporting return-to-work after breast cancer in a primary care setting: starting point for an intervention development. **J Multidiscip Healthc**, v.11, p.75–83, 2018. Acesso em: <http://doi.org/10.2147/JMDH.S152947>. Acesso em: 05 abr. 2019.

BUBONYA, M.; COBB-CLARK, D.A.; WOODEN, M. Mental health and productivity at work: Does what you do matter?. **Labour Economics**, v.46, p.150–165, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.labeco.2017.05.001>. Acesso em: 08 jul. 2020.

CARDOSO, M.C.B.; ARAÚJO, T.M. Os Centros de Referências em Saúde do Trabalhador e as ações em saúde mental: um inquérito no Brasil. **Rev Bras Saude Ocup**, n.41, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000118115>

COELHO, R.M. *et al.* Time trends and social security burden of temporary work disability due to chronic venous disease in Brazil. **BMC Public Health**, v.20, n.477, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08563-2>. Acesso em: 30 jun. 2020.

CORBIÈRE, M. *et al.* **Validation of the Return-to-Work Obstacles and Self-Efficacy Scale (ROSES) with Workers Suffering from a Common Mental Disorder or**

Musculoskeletal Disorder R-982. Studies and Research Projects, 2017. Disponível em: <http://doi.org/10.13140/RG.2.2.14662.93762>. Acesso em: 11 set. 2018.

CULLEN, K.L. *et al.* Effectiveness of Workplace Interventions in Return-to-Work for Musculoskeletal, Pain-Related and Mental Health Conditions: An Update of the Evidence and Messages for Practitioners. **J Occup Rehabil**, 28, 1–15, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10926-016-9690-x>. Acesso em: 29 jun. 2020.

DEJOURS, C. **O fator humano**. 3 ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2002.

DEJOURS, C. **Psicodinâmica do Trabalho: casos clínicos**. Porto Alegre: Dublinense, 2017.

DEJOURS, C. Psychodynamique du travail et politique : quels enjeux?. **Travailler**, v.2, n.36, p.75-90, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.3917/trav.036.0075>. Acesso em: 25 jun. 2020

DEJOURS, C. Trabajar hoy: Nuevas formas del sufrimiento y de acción colectiva. In: WLOSKO, M.; ROS, C. (Coordinadoras y Compiladoras), **El trabajo: entre el placer y el sufrimiento. Aportes desde la Psicodinámica del Trabajo** (1a ed., pp. 51-69). Remedios de Escalada: De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2019.

DEJOURS, C. *et al.* **The Return of Work in Critical Theory: Self, Society, Politics**. Columbia University Press, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.7312/dejo18728>. Acesso em: 02 jul. 2020.

DROLET, M-J *et al.* Intergenerational occupational justice: Ethically reflecting on climate crisis. **Journal of Occupational Science**, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/14427591.2020.1776148>. Acesso em: 02 jul. 2020

GARBIN, A.C.; PINTOR, E.A.S. Estratégias de intra e intersetorialidade para transversalizar a saúde do trabalhador em todos os níveis de atenção à saúde. **Rev Bras Saude Ocup**, v.44, n.e18, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000030118>. Acesso em: 26 jun. 2020.

GEMELLI, C.E; OLTRAMARI, A.P. Voluntariado e formação da identidade: reflexões a partir da Psicodinâmica do Trabalho. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, Brasília, v. 20, n. 1, p. 956-962, mar. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17652/rpot/2020.1.16884>. Acesso em: 10 set. 2020.

GRAY, P. *et al.* Workplace-Based Organizational Interventions Promoting Mental Health and Happiness among Healthcare Workers: A Realist Review. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v.16, p.4396, 2019. Disponível em: <http://doi.org/10.3390/ijerph16224396>. Acesso em: 27 jun. 2020.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. **Safety and Health at the Heart of the Future of Work - Building on 100 years of experience**, 2019. Disponível em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_687610.pdf. Acesso em: 30 jun. 2020.

KÄRKKÄINEN, R.; SAARANEN, T.; RÄSÄNEN, K. Occupational health care return-to-work practices for workers with job burnout. **Scandinavian Journal of Occupational Therapy**, v.26, n.3, p.194-204, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/11038128.2018.1441322>. Acesso em: 03 jul. 2020.

LACAZ, F.A.C. Continuam a adoecer e morrer os trabalhadores: as relações, entraves e desafios para o campo Saúde do Trabalhador. **Rev Bras Saude Ocup**, v.41, n.e13, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369000120415>. Acesso em: 29 jun. 2020.

LAMMERTS, L. *et al.* Execution of a participatory supportive return to work program within the Dutch social security sector: a qualitative evaluation of stakeholders' perceptions. **BMC Public Health**, v.16, p.323, 2016. Disponível em: <http://doi.org/10.1186/s12889-016-2997-x>. Acesso em: 30 jun. 2020.

LAZARINO, M.S.A. *et al.* Apoio matricial como estratégia para o fortalecimento da saúde do trabalhador na atenção básica. **Rev Bras Saude Ocup**, v.44, n.e23, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369000009318>. Acesso em: 04 jul. 2020.

LOISEL, P.; DURAND, M.J. **Applying transdisciplinary to the complexity of work disability prevention**. Centro de Educação Transdisciplinar CETRANS, 2005. Disponível em: http://cetrans.com.br/assets/artigoscongresso/Patrick_Loisel.pdf. Acesso em: 24 abr. 2019.

MINAYO GOMEZ, C.; VASCONCELLOS, L.C.F.; MACHADO, J.M.H. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.6, p.1963-1970, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.04922018>. Acesso em: 30 jun. 2020.

MIRANDA, C.B. Aspectos do cenário atual da reabilitação profissional no Brasil: avanços e retrocessos. **Cad. Saúde Pública**, v.34, n.8, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00218717>. Acesso em: 01 jul. 2020.

MUSTARD, C.A. *et al.* Implementation of a disability management policy in a large healthcare employer: a quasi-experimental, mixed methods evaluation. **BMJ Open**, v.7, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014734>. Acesso em: 03 jul. 2020.

ORLANDI, E.P. **Análise de Discurso: Princípios e Procedimentos**. Pontes, 2015.

PARDO, J.M.V.; GARCÍA, A.L-G. Los factores psicosociales como predictores pronósticos de difícil retorno laboral tras incapacidad. **Med Segur Trab (Internet)**, v.64, n.250, p.50-74, 2018. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v64n250/0465-546X-mesetra-64-250-00050.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2019.

PAULA, E.A. *et al.* Qualidade de vida de trabalhadores com LER/DORT e lombalgia ocupacional atendidos no Cerest de Guarulhos, São Paulo. **Rev Bras Saude Ocup**, v.41, n.e19, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000120115>. Acesso em: 28 jun. 2020.

PÊCHEUX, M. Língua, linguagens, discurso. In: PIOVEZANI, C.; SARGENTINI, V. (Eds.). **Legados de Michel Pêcheux – inéditos em análise de discurso**. Contexto, 2011.

PEREIRA, M.S.; OLIVEIRA, K.T.; SILVA, I.A. Atuação intersetorial em saúde do trabalhador desafios e possibilidades. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v.21, n.2, p.119-131, 2018. Disponível em: <http://doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v21i2p119-131>. Acesso em: 05 jul. 2020.

PIJPKER, R. *et al.* Combined Interventions to Reduce Burnout Complaints and Promote Return to Work: A Systematic Review of Effectiveness and Mediators of Change. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v.17, p.55, 2020. Disponível em: <http://doi.org/10.3390/ijerph17010055>. Acesso em: 04 jul. 2020.

PINA, J.A.; STOTZ, E.N.; JACKSON FILHO, J.M. Trabalhador “compatível”, fratura exposta no processo de produção da indústria automobilística: intensificação do trabalho e saúde em questão. **Cad Saude Publica**, v.34, n.7, 2018. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/0102-311X00114017>. Acesso em: 20 maio 2020.

RUDBECK, M.; JOHANSEN, J.P.; Omland, Ø. A Follow-Up Study on Return to Work in the Year After Reporting an Occupational Injury Stratified by Outcome of the Workers' Compensation System. **JOEM**, v.60, n.6. 2018. Disponível em: <http://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001274>. Acesso em: 03 jul. 2020.

SILVEIRA, A.L.; MERLO, A.R.C. Trabalhar e Adoecer: Temporalização de Trabalhadores(as) da Agroindústria. **Revista Subjetividades**, v.19, n.3, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v19i3.e9131>. Acesso em: 01 jul. 2020.

SMEETS, J.; HOEFSMIT, N.; HOUKES, I. Self-directing return-to-work: Employees' perspective. **Work**, v.64, p.797–807, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.3233/WOR-193041>. Acesso em: 13 jul. 2020.

VAITSMAN, J.; LOBATO, L.V.C. Benefício de Prestação Continuada (BPC) para pessoas com deficiência: barreiras de acesso e lacunas intersetoriais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.11, p.3527-3536, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.20042017>. Acesso em: 02 jul. 2020.

VARGAS, A.C. *et al.* Percepção dos usuários a respeito de um serviço de reabilitação profissional. **Rev Bras Saude Ocup**, v.42, n.e11, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2317-636900011716>. Acesso em: 10 jul. 2020.

VILELA, R.A.G. *et al.* A expansão do objeto da vigilância em acidente do trabalho: história e desafios de um centro de referência em busca da prevenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.9, p.3055-3066, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.21952016>. Acesso em: 27 maio 2020.

WHITE, C. *et al.* The Influence of Social Support and Social Integration Factors on Return to Work Outcomes for Individuals with Work-Related Injuries: A Systematic Review. **Journal of Occupational Rehabilitation**, v.29, p.636–659, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10926-018-09826-x>. Acesso em: 28 jun. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health - Social Determinants of Health Discussion Paper 2**, 2010.

Disponível em: https://www.who.int/social_determinants/corner/SDHDP2.pdf?ua=1. Acesso em: 02 jul. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Protection of workers' health**, 2017. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/protecting-workers'-health>. Acesso em: 02 jul. 2020.

WLOSKO, M.; ROS, C. Aportes de la Psicodinámica del Trabajo al análisis de la violencia laboral: análisis del caso de enfermería. In: WLOSKO, M., M.; ROS, C. (Coordinadoras y Compiladoras), **El trabajo: entre el placer y el sufrimiento. Aportes desde la Psicodinámica del Trabajo** (1a ed., pp. 51-69). Remedios de Escalada: De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2019.

ZAMBRONI-DE-SOUZA, P.C.; MORAES, T.D. Reflexões sobre a dinâmica psíquica de trabalhadores afastados do trabalho. **Fractal: Revista de Psicologia**, v.30, n.2, p.103-111, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v30i2/5866>. Acesso em: 01 jul. 2020.

ZAVARIZZI, C.P.; ALENCAR, M.C.B. Afastamento do trabalho e os percursos terapêuticos de trabalhadores acometidos por LER/Dort. **Saúde Debate**, v.42, n.116, p.113-124, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811609>. Acesso em: 01 jul. 2020.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo evidenciou que o RT continua sendo, predominantemente, uma difícil vivência que o trabalhador enfrenta, com a identificação de pontos de apoio limitados ao longo deste processo e que, ocasionou sequelas carregadas pelos trabalhadores até o momento atual.

O Cerest recebeu destaque pelos trabalhadores, principalmente, quanto suas ações referentes a afastamentos, compreendendo a reabilitação da saúde e a orientação de tal público e limitadas para o RT. A partir disso, alguns apontamentos foram feitos indicando a necessidade de aperfeiçoamento da atuação de tal instância como a comunicação entre os profissionais do Cerest e da equipe com o trabalhador, tornando-o participativo e informado de todas as condutas adotadas, bem como do resultado destas.

Há uma dificuldade de identificação do Cerest como apoiador no RT pelos trabalhadores, sendo apontado como tal, em sua maioria, familiares ou mesmo a ausência de uma referência. E quando apontado, observou-se a falta de articulação entre os atores sociais envolvidos no RT, acentuando o sofrimento do trabalhador decorrente deste processo, com o sentimento de desamparo.

No entanto, mesmo necessitando de algumas melhorias, o Cerest foi trazido de maneira positiva pelos trabalhadores, com bom acolhimento neste momento significativo, em que afloram diversos sentimentos e que requer considerável apoio.

Cabe destacar que o Cerest atua pautado em articulações intra e intersetorial, necessitando assim, da corresponsabilidade e engajamento dos diversos atores sociais envolvidos no RT para que este momento seja abordado adequadamente, com intervenções que compreendam o trabalhador e seu ambiente de trabalho, impactando positivamente sobre a saúde do referido público.

Portanto, há urgência no estabelecimento de interações e discussões dos atores sociais, com alcance de estratégias baseadas em cooperação e colaboração, para a obtenção de um RT adequado e sustentado, sendo que um possível disparador para a promoção de tal entrosamento, assumindo o papel de facilitador, é o Cerest.

REFERÊNCIAS

- AGUSTINI, C.L.H. Reflexões sobre a constituição epistemológica da análise de discurso. *In: INDURSKY; FERREIRA (Org). Michel Pêcheux e a análise do discurso: uma relação de nunca acabar*. São Carlos: Claraluz, 2005. p. 129-136.
- AMARAL, G.A. et al. O Lugar do Conceito de Sublimação na Psicodinâmica do Trabalho. **Rev. Polis e Psique**, v.7, n.3, p.200-223, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpps/v7n3/n7a12.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2020.
- ANSOLEAGA, E. *et al.* Facilitadores del reintegro laboral em trabajadores con patología mental de origen laboral: una revisión sistemática. **Rev Med Chile**, v. 143, p. 85-95, 2015. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v143n1/art11.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2019.
- ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. 15 ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- ARTUR, K. Participação e direito à saúde dos trabalhadores. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, n.3, p.853-868, 2015. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/sausoc/2015.v24n3/853-868/pt>. Acesso em: 15 jul. 2020.
- AWANG, H. et al. Factors Related to Successful Return to Work Following Multidisciplinary Rehabilitation. **J Rehabil Med**, v. 49, p. 520-525, 2017. Disponível em: <https://www.medicaljournals.se/jrm/content/abstract/10.2340/16501977-2233>. Acesso em: 26 jun. 2020.
- AWANG, H.; MANSOR, N. Predicting Employment Status of Injured Workers Following a Case Management Intervention. **Safety and Health at Work**, v. 9, p. 347-351, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6129999/pdf/main.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2020.
- BAÊTA, K.F. **Doenças Infecciosas e parasitárias relacionadas ao trabalho, dips, incluindo a COVID-19: A importância do reconhecimento e notificação**. Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador – CGSAT, Bahia, 2020. Apresentado em Congresso Virtual UFBA 2020 – Universidade em Movimento, 2020.
- BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador. **Orientações técnicas para ações de prevenção e manejo da incapacidade para o trabalho no SUS**. Salvador: DIVAST, 2014. Disponível em: <http://telessaude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Anexo-09.pdf>. Acesso em: 14 out. 2019.
- BARROS, J.O.; LANCMAN, S. A centralidade do trabalho para a construção da saúde – Entrevista com Christophe Dejours. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo**, v. 27, n. 2, p. 228-35, maio/ago. 2016. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/119227/116632>. Acesso em: 25 jan. 2020.

BARTILOTTI, C.B. *et al.* Programa de Reabilitação Ampliada (PRA): uma abordagem multidimensional do processo de reabilitação profissional. **ACTA FISIATR**, v.16, n.2, p. 66-75, 2009. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/103169>. Acesso em: 29 jul. 2020.

BERQUIN, A. Le modèle biopsychosocial: beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. **Rev Med Suisse**, v. 6, p. 1511-1513, 2010.

BILODEAU, K.; TREMBLAY, D.; DURAND, M.J. Exploration of the contexts surrounding the implementation of an intervention supporting return-to-work after breast cancer in a primary care setting: starting point for an intervention development. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**, v. 11, p. 75-83, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5798536/pdf/jmdh-11-075.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2019.

BRANT, L.C.; MINAYO-GOMEZ, C. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.1, p.213-223, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19838.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2020.

BRAQUIÃO, R.C. Signo, significação e discurso. **Estudos Semióticos**, v.7, n.2, p.52-62, 2011. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/esse/article/view/35250>. Acesso em: 28 jun. 2020.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 de set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 11 set. 2020.

BRASIL. Lei nº 8213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 de jul.1991, p. 14809. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8213cons.htm. Acesso em: 16 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 2012. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 de jun. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 30 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 2016. Resolução nº 510 de 07 de abr. de 2016. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 de maio 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 603, de 8 de novembro de 2018. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 de dez. 2018. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso603.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017b. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União, Brasília**, DF, 03 out. 17 – Seção 1 – Suplemento - p.61. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 14 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017a. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.

Diário Oficial da União, Brasília, DF, 03 out. 17. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 14 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. Manual de Gestão e Gerenciamento**. 1ªed. 2006. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ManualRenast06.pdf>. Acesso em: 01 jul.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Legislação em saúde: caderno de legislação em saúde do trabalhador**. 2. ed. rev. e ampl. Brasília, 2005.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77-93, 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>. Acesso em 23 ago. 2018.

CANAL, P.; CRUZ, R.M. Aspectos psicológicos e reabilitação profissional: revisão de literatura. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v.30, n.4, p. 593-60, outubro - dezembro 2013.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v30n4/12.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2019.

CARDOSO, A. C. M.O trabalho como determinante do processo saúde-doença. Tempo Social, **Rev. Sociologia da USP**, v. 27, n. 1, p. 73-93, jun. 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/ts/v27n1/0103-2070-ts-27-01-00073.pdf>. Acesso em 23 ago. 2018.

CHENG, A.S.K.; LOISEL, P.; FEUERSTEIN, M. Return-to-Work Activities in a Chinese Cultural Context. **J OccupRehabil**, v. 21, p S44–S54, 2011. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/47795505_Return-to-Work_Activities_in_a_Chinese_Cultural_Context. Acesso em: 15 maio 2019.

CLOT, Y. O ofício como operador de saúde. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, vol. 16, n. especial 1, p. 1-11, 2013. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cpst/v16nspe/v16ns1a02.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2019.

CORBIÈRE, M. *et al.* Development of the Return-to-Work Obstacles and Self-Efficacy Scale (ROSES) and Validation with Workers Suffering from a Common Mental Disorder or Musculoskeletal Disorder. **J OccupRehabil**, 25 ago. 2016. Disponível em:

<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs10926-017-9718-x.pdf>. Acesso em: 11 set. 2018.

CORBIÈRE, M. *et al.* **Validation of the Return-to-Work Obstacles and Self-Efficacy Scale**

(ROSES) with Workers Suffering from a Common Mental Disorder or Musculoskeletal Disorder. IRSST. Québec, September, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/327514152_Validation_of_the_Return-to-Work_Obstacles_and_Self-Efficacy_Scale_ROSES_with_Workers_Suffering_from_a_Common_Mental_Disorder_or_Musculoskeletal_Disorder_R-982_STUDIES_AND_RESEARCH_PROJECTS. Acesso em: 11 set. 2018.

COSTA, D.*et al.* Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Rev. Bras. Saúde Ocup**, São Paulo, v. 38, n.127, p. 11-30, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v38n127/v38n127a03.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2020.

DEJOURS, C; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho.** São Paulo: Atlas, 1994.

DEJOURS, C. **A Loucura do Trabalho: estudo da psicopatologia do trabalho.** Tradução de Ana Isabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira. São Paulo: Cortez. Oboré, 1988.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Rev. Bras. Saúde Ocupacional**, v. 14, n. 54, 1986.

DEJOURS, C. Sofrimento, prazer e trabalho. *In:* _____. **C. Conferências Brasileiras: identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho.** São Paulo: FGV, 1999, p. 15-33.

DEJOURS, C. Trabajar hoy: Nuevas formas del sufrimiento y de acción colectiva. *In:* Wlosko, Miriam & Ros, Cecilia (coordinación general y compilación) **El trabajo entre el placer y el sufrimiento** - 1a ed. - Remedios de Escalada: De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2019. Disponível em: http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/download/MON/Wlosko_M_y_Ros_C_Trabajo_2019.pdf. Acesso em: 25 jun. 2020.

DURAND, M.J. *et al.* A review of best work-absence management and return-to-work practices for workers with musculoskeletal or common mental disorders. **Work**, v. 48, p.579-589, 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/263745868_A_review_of_best_work-absence_management_and_return-to-work_practices_for_workers_with_musculoskeletal_or_common_mental_disorders. Acesso em: 11 mar. 2019.

ECKERT-HOFF, B.M. (Re)buscando Pêcheux: algumas reflexões in-certas. *In:* INDURSKY; FERREIRA (Org). **Michel Pêcheux e a análise do discurso: uma relação de nunca acabar.** São Carlos: Claraluz, 2005. p. 125-128.

ETUKNWA, A.; DANIELS, K.; EIB, C. Sustainable Return to Work: A Systematic Review Focusing on Personal and Social Factors. **Journal of Occupational Rehabilitation**, v.29, p.679-700, 2019. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10926-019-09832-7>. Acesso em: 25 jun. 2020.

FASSIER, J.B.; DURAND, M.J.; LOISEL, P. 2nd place, PREMUS 1 best paper competition: implementing return-to-work interventions for workers with low-back pain – a conceptual framework to identify barriers and facilitators. **Scand J Work Environ Health**. v. 37, n. 2, p. 99-108, 2011. Disponível em: https://www.sjweh.fi/show_abstract.php?abstract_id=3138. Acesso em: 10 mar. 2019.

FASSIER, J.B. *et al.* Results of a feasibility study: barriers and facilitators in implementing the Sherbrooke model in France. **Scand J Work Environ Health**. v. 41, n. 3, p. 223-233, 2015. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/273146898_Results_of_a_feasibility_study_Barriers_and_facilitators_in_implementing_the_Sherbrooke_model_in_France. Acesso em: 09 mar. 2019.

FERREIRA, M.C.L. O quadro atual da análise de discurso no Brasil – Um breve preâmbulo. *In*: INDURSKY; FERREIRA (Org). **Michel Pêcheux e a análise do discurso: uma relação de nunca a cabar**. São Carlos: Claraluz, 2005. p. 13-22.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso – Aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970**. Tradução Laura Fraga de Almeida Sampaio, São Paulo: Loyola, 1996.

FRANCHE, R.L. *et al.* Workplace-Based Return-to-Work Interventions: Optimizing the Role of Stakeholders in Implementation and Research. **Journal of Occupational Rehabilitation**, v. 15, n. 4, 2005. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/7511667_Workplace-Based_Return-to-Work_Interventions_Optimizing_the_Role_of_Stakeholders_in_Implementation_and_Research. Acesso em: 09 mar. 2019.

FRANCO, T. Alienação do trabalho: despertencimento social e desenraizamento em relação à natureza. **Caderno CRH**, Salvador, v. 24, n. spe 01, p. 171-191, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ccrh/v24nspe1/a12v24nspe1.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2019.

FRANCO, T.; DRUCK, G.; SELIGMANN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, v.35, n.122, p. 229-248, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbso/v35n122/a06v35n122.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2020.

GALDINO, A.; SANTANA, V.S.; FERRITE, S. Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e a notificação de acidentes de trabalho no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.1, p.145-159, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v28n1/15.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2020.

GIONGO, C.R.; MONTEIRO, J.K.; SOBROSA, G.M.R. Psicodinâmica do Trabalho no Brasil: Revisão Sistemática da Literatura. **Temas em Psicologia**, Vol. 23, nº 4, p. 803-814, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v23n4/v23n4a02.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2020.

GRANTHAM, M.R. A propósito da análise automática do discurso: atualização e perspectivas. *In*: INDURSKY; FERREIRA (Org). **Michel Pêcheux e a análise do discurso:**

uma relação de nunca acabar. São Carlos: Claraluz, 2005. p. 137-142.

KRISTMAN, V.L. *et al.* Supervisor and organizational factors associated with supervisor support of job accommodations for low back injured workers. **J Occup Rehabil**, v. 27, n. 1, p. 115-127, march 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4980120/pdf/nihms5551.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2019.

KURONEN, J. *et al.* Networking of occupational health care units promotes reduction of permanent disability pensions among workers they care: A register based study controlled by benchmarking with a 5 year follow up. **J Occup Health**, v.62, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6970397/pdf/JOH2-62-e12087.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2020.

LANCMAN, S.; BARROS, J.O.; JARDIM, T.A. Teorias e práticas de retorno e permanência no trabalho: elementos para a atuação dos terapeutas ocupacionais. **Rev Ter Ocup Univ. São Paulo**, v.27, n. 2, p.101-8, maio/ago 2016. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/119231/116636>. Acesso em: 11 set. 2018.

LANCMAN, S.; UCHIDA, S. Trabalho e subjetividade: o olhar da Psicodinâmica do Trabalho. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, vol. 6, pp. 79-90, 2003. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cpst/v6/v6a06.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2020.

LEÃO, L.H.C.; VASCONCELLOS, L.C.F. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): reflexões sobre a estrutura de rede. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.20, n.1, p.85-100, 2011. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Luiz_Vasconcellos7/publication/270018317_Rede_Nacional_de_Atencao_Integral_a_Saude_do_Trabalhador_Renast_reflexoes_sobre_a_estrutura_d_e_rede/links/5b475b97aca272c60938c267/Rede-Nacional-de-Atencao-Integral-a-Saude-do-Trabalhador-Renast-reflexoes-sobre-a-estrutura-de-rede.pdf. Acesso em: 29 jun. 2020.

LIMA, M.A.G. *et al.* Modelo lógico de um programa de retorno ao trabalho: instrumento orientador para prevenir a incapacidade. **Rev Bras Saude Ocup**, v. 44, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbso/v44/2317-6369-rbso-44-e29.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2020.

LOISEL, P. **Development and evaluation of the Sherbrooke model.** Université de Sherbrooke. February, 2009.

LOISEL, P.; DURAND, M.J. **Applying transdisciplinary to the complexity of work disability prevention.** Centro de Educação Transdisciplinar CETRANS, 2005. Disponível em: http://cetrans.com.br/artigos/Patrick_Loisel.pdf. Acesso em: 24 abr. 2019.

LOISEL, P. *et al.* Management of occupational back pain: the Sherbrooke model. Results of a pilot and feasibility study. **Occupational and Environmental Medicine**, v.51, p. 597-602, 1994. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1128053/pdf/oenvmed00057-0021.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2019.

LOISEL, P. *et al.* Training the Next Generation of Researchers in Work Disability Prevention:

The Canadian Work Disability Prevention CIHR Strategic Training Program. **Journal of Occupational Rehabilitation**, Vol. 15, No. 3, September 2005. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/7641934_Training_the_Next_Generation_of_Researchers_in_Work_Disability_Prevention_The_Canadian_Work_Disability_Prevention_CIHR_Strategic_Training_Program. Acesso em: 08 abr. 2019.

MACAIA, A. A. S.; FISCHER, F. M. Retorno ao trabalho de professores após afastamentos por transtornos mentais. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, n.3, p.841-852, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n3/0104-1290-sausoc-24-03-00841.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2018.

MACIEL, T.R.S. “Análise das ações de vigilância em saúde do trabalhador desenvolvidas pelos CEREST da Região Centro-Oeste do Brasil”. 2014. Dissertação (Mestrado Modalidade Profissional em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP, Rio de Janeiro, 2014.

MAENO, M.; BUSCHINELLI, J.T.P. Sobre a proposta de concessão de benefícios por incapacidade sem perícia inicial do INSS. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, v. 37, n. 125, p. 9-11, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbso/v37n125/a02v37n125.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2020.

MALDIDIER, D. **A inquietação do discurso – (Re)ler Michel Pêcheux Hoje**. Tradução Eni P. Orlandi, Campinas: Pontes, 2003.

MALDIDIER, D. A inquietude do discurso. Um trajeto na história da Análise do discurso: o trabalho de Michel Pêcheux. *In*: PIOVEZANI; SARGENTINI (Org). **Legados de Michel Pêcheux: inéditos em análise de discurso**. São Paulo: Contexto, 2011. p. 39-62.

MARTINS E SILVA, V.R. AD de todas as épocas. *In*: INDURSKY; FERREIRA (Org). **Michel Pêcheux e a análise do discurso: uma relação de nunca acabar**. São Carlos: Claraluz, 2005. p. 287-302.

MATURINO, M.M., FERNANDES, R.C.P., RÊGO, M.A.V. A atuação do SUS na vigilância de ambientes de trabalho: a experiência do Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador (Cesat) na Bahia. **Rev Bras Saude Ocup**, v.43, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbso/v43/2317-6369-rbso-43-e10.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2020.

MEDEIROS, M.A.T. et al. Política de Saúde do Trabalhador: revisitando o caso do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Campinas. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, v.38, n.127, p. 81-91, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbso/v38n127/v38n127a11.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2020.

MENDES, A.M.B. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. **Psicol. cienc. prof.** Brasília, v.15, n.1-3, 1995. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931995000100009. Acesso em: 21 dez. 2019.

MENDES, J.M.R *et al.* Saúde do trabalhador: desafios na efetivação do direito à saúde. **Argumentum**, Vitória (ES), v. 7, n. 2, p. 194-207, jul./dez. 2015. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/287792648_Saude_do_trabalhador_desafios_na_efe tivacao_do_direito_a_saude. Acesso em: 14 fev. 2020.

MININEL, V.A. **Adaptação Transcultural do Work Disability Diagnosis Interview (WoDDI) para o Contexto Brasileiro**. Tese (Doutorado em Ciências). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

MININEL, V.A. et al. Cross-cultural adaptation of the Work Disability Diagnosis Interview (WoDDI) for the Brazilian context. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 20, n.1, p.27-34, Jan.-Feb. 2012. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/223963149_Cross-cultural_adaptation_of_the_Work_Disability_Diagnosis_Interview_WoDDI_for_the_Brazilian_context. Acesso em: 20 abr. 2019.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO. Observatório Digital de Saúde e Segurança do Trabalho. Frequência de Notificações – SINAN. **Smartlab**. 2018a. Disponível em: <https://smartlabbr.org/sst/localidade/0?dimensao=frequenciaSinan>. Acesso em: 28 ago. 2019.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO. Observatório Digital de Saúde e Segurança do Trabalho – Promoção do Meio Ambiente do Trabalho Guiada por Dados. **Smartlab**. 2018b. Disponível em: <https://smartlabbr.org/sst>. Acesso em: 28 ago. 2019.

MIRANDA, C.B. et al. Trends in the Cumulative Incidence of Vocational Rehabilitation Indicators in Brazil, 2007–2016. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 17, n. 11, 3952, 2020. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/11/3952>. Acesso em: 27 jun. 2020.

MOLINIER, P. **O trabalho e a psique: Uma introdução à psicodinâmica do trabalho**. Brasília: Paralelo 15, 343p., 2013.

MORALES, B.S.V. O Real da Língua e O Real da História – considerações a partir do texto La Lengua de Nunca Acabar. In: INDURSKY; FERREIRA (Org). **Michel Pêcheux e a análise do discurso: uma relação de nunca acabar**. São Carlos: Claraluz, 2005. p. 219-222.

NUSSHOLD, P. Pensar la acción: Acerca de cómo cambiar el trabajo. In: Wlosko, Miriam & Ros, Cecilia (coordinación general y compilación) **El trabajo entre el placer y el sufrimiento** - 1a ed. - Remedios de Escalada: De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2019. Disponível em: http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/download/MON/Wlosko_M_y_Ros_C_Trabajo_2019.pdf. Acesso em: 25 jun. 2020.

ORLANDI, E. P. **Análise de Discurso: princípios e procedimentos**. 12ª ed. Campinas (SP): Pontes, 2015.

ORLANDI, E.P. **Interpretação: autoria, leitura e efeitos do trabalho simbólico**. Petrópolis: Vozes, 1996.

PARDO, J.M.V.; GARCÍA, A.L.G. Los factores psicosociales como predictores pronósticos de difícil retorno laboral tras incapacidad. **Med Segur Trab (Internet)**, v.64, n. 250, p.50-74,

2018. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v64n250/0465-546X-mesetra-64-250-00050.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2019.

PATTI, A.R.; ABRAHÃO E SOUSA, L.M.; GARCIA, D.A. Pelos entremeios da Análise do Discurso: nos fios de Michel Pêcheux. **Psicologia Política**. V. 17, n. 39, p. 220-231, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v17n39/v17n39a03.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2020.

PÊCHEUX, M. Análise Automática do Discurso. *In*: GADET, F; HAK, T. (Org). **Por uma análise automática do discurso**. Campinas: Editora da Unicamp, 1996. p. 149.

PÊCHEUX, M. Língua, linguagens, discurso. *In*: PIOVEZANI; SARGENTINI (Org). **Legados de Michel Pêcheux: inéditos em análise de discurso**. São Paulo: Contexto, 2011. p. 63-76.

PÊCHEUX, M.; FUCHS, C. Mises au point et perspectives à propos de l'analyse automatique du discours. **Langages**, 37, Paris: Larousse, 1975. Tradução Brasileira Françoise Gadet, F.; Tony Hak. *Por uma análise automática do discurso: uma introdução a obra de Michel Pêcheux*. Campinas: Editora da Unicamp, 1997.

PIOVEZANI, C.; SARGENTINI, V. Legados de Michel Pêcheux e paradoxos da Análise do discurso no Brasil. *In*: PIOVEZANI; SARGENTINI (Org). **Legados de Michel Pêcheux: inéditos em análise de discurso**. São Paulo: Contexto, 2011. p. 7-38.

POERSH, A. L.; MERLO, A. R. C. Reabilitação Profissional e Retorno ao Trabalho: uma aposta de intervenção. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 29, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v29/1807-0310-psoc-29-e149496.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2017.

RAMOS, M. Z.; TITTONI, J.; NARDI, H. C. A experiência de afastamento do trabalho por adoecimento vivenciada como processo de ruptura ou continuidade nos modos de viver. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, vol. 11, n. 2, p. 209-221, 2008. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/25781/27514>. Acesso em: 11 set. 2018.

SALDANHA, J.H.S. *et al.* Facilitadores e barreiras de retorno ao trabalho de trabalhadores acometidos por LER/DORT. **Rev Bras Saude Ocup**. v. 38, n. 127, p. 122-38, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v38n127/v38n127a14.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2019.

SHAW, W.S. *et al.* The Job Accommodation Scale (JAS): Psychometric evaluation of a new measure of employer support for temporary job modifications. **J Occup Rehabil**. v. 24, n. 4, p. 755-765, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4465389/pdf/nihms4724.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2019.

SYLVAIN, C. *et al.* How do general practitioners contribute to preventing long-term work disability of their patients suffering from depressive disorders? A qualitative study. **BMC Family Practice**, v. 17, p. 71, 2016. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4897943/pdf/12875_2016_Article_459.pdf. Acesso em: 11 abr. 2019.

SZNELWAR, L.I.; UCHIDA, S.; LANCMAN, S. A subjetividade no trabalho em questão. **Tempo Social, revista de sociologia da USP**, v. 23, n. 1, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ts/v23n1/v23n1a02.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2020.

TAKAHASHI, M.A.B.C. *et al.* Programa de reabilitação profissional para trabalhadores com incapacidades por LER/DORT: relato de experiência do Cerest – Piracicaba, SP. **Rev. bras. Saúde ocup**, v.35, n.121, p. 100-111, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbso/v35n121/11.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2020.

TATE, D.; PLEDGER, C. An integrative conceptual framework of disability. **Am Psychol**, v. 58, p. 289-95, 2003.

TENREIRO C.A.F. Tecendo o discurso. *In*: INDURSKY; FERREIRA (Org). **Michel Pêcheux e análise do discurso: uma relação de nunca acabar**. São Carlos: Claraluz, 2005. p. 275-280.

TOLDRÁ, R.C. *et al.* Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – SP, Brasil. **Rev. bras. Saúde ocup**, São Paulo, v. 35, n. 121, p. 10-22, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v35n121/03.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2019.

VIANNA, L.C.R. *et al.* Vigilância em Saúde do Trabalhador: um estudo à luz da Portaria nº 3.120/98. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 786-800, jul-set 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2017.v41n114/786-800/pt>. Acesso em: 15 jul. 2020.

VIEIRA, S.R.S. Sofrimento psíquico e trabalho. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 17, n.1, p.114-124, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlpf/v17n1/v17n1a09.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2020.

VIEIRA, G.S. *et al.* Programa de retorno ao trabalho em um hospital de São Paulo: resultados iniciais, fatores facilitadores e obstáculos de uma perspectiva administrativa. **Rev Bras Med Trab**. São Paulo, v. 8, n. 2, 2010. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/rbmt.org.br/pdf/v8n2a09.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2020

WADDELL, G.; BURTON, A.K. Concepts of rehabilitation for the management of low back pain. **Best Pract Res**, v. 19, n. 4, p. 655-70, 2005.

YOUNG, A.E. Return to work following disabling occupational injury –facilitators of employment continuation. **Scand J Work Environ Health**, v. 36, n. 6, p. 473-483, 2010. Disponível em: https://www.sjweh.fi/show_abstract.php?abstract_id=2986. Acesso em: 29 maio 2020.

ZAMBRONI-DE-SOUZA, P.C.; MORAES, T.D. Reflexões sobre a dinâmica psíquica de trabalhadores afastados do trabalho. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 30, n. 2, p. 103-111, 2018. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/fractal/article/view/5866/7041>. Acesso em: 25 jun. 2020.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

(Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde)

O PAPEL DO CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (CEREST) NO RETORNO AO TRABALHO: DISCURSO DOS TRABALHADORES

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “O PAPEL DO CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (CEREST) NO RETORNO AO TRABALHO: DISCURSO DOS TRABALHADORES”

O objetivo principal desta pesquisa é “Compreender o papel do Cerest no processo de retorno ao trabalho, por meio dos discursos dos trabalhadores.”. Você, tendo vivenciado este processo de retorno ao trabalho após afastamento por acidente ou doença do trabalho e, por ter sido atendido pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), foi selecionado para participar desta pesquisa. Sua participação é de extrema importância para o desenvolvimento do estudo, porém é voluntária e você tem o direito e a liberdade de interromper e retirar seu consentimento de participação a qualquer momento. Caso não queira participar, sua recusa não acarretará prejuízo algum na sua relação com a pesquisadora e com a instituição. Você não terá seu vínculo com o Cerest comprometido, uma vez que o desenvolvimento desta pesquisa não possui qualquer relação com tal instituição. Em nenhum momento você sofrerá qualquer tipo de discriminação e será respeitado(a) quanto aos seus valores culturais, sociais, morais e religiosos, bem como quanto aos seus hábitos e costumes.

A coleta de dados será realizada por meio de uma entrevista individual, em sala privativa do Cerest. A entrevista será filmada e gravada e, posteriormente, transcrita na íntegra para análise dos dados.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento haverá divulgação do seu nome e de quaisquer informações que permitam a identificação de pessoas e de locais de trabalho. A instituição para qual você trabalha não terá acesso a qualquer informação, nem mesmo terá o conhecimento de sua participação nesta pesquisa, de forma a garantirmos o sigilo e a confidencialidade das informações.

Este estudo terá como benefício a compreensão do papel do Cerest no processo de retorno ao trabalho vivenciado pelo trabalhador, por meio de seus discursos, a fim de que sejam identificados aspectos que influenciam neste processo e, com isso, aperfeiçoamentos futuros possam ser pensados e implementados sobre o mesmo.

Por remeter a lembranças e experiências vivenciadas no processo de retorno ao trabalho, que podem não ser positiva, este estudo pode apresentar potenciais riscos emocionais, como sentimentos de tristeza e sentimentos desagradáveis. Caso isto ocorra, você será orientado(a) quanto a liberdade para a interrupção da entrevista e a retirada do seu consentimento de participação na pesquisa. Caso você deseje, poderá ser encaminhado aos serviços do SUS para acolhimento e, posteriormente, referenciado a setores de apoio psicológico do SUS.

Você não receberá compensação financeira ao participar da pesquisa e o custo com o transporte até o Cerest para participação na pesquisa será reembolsado pela pesquisadora.

Caso a pesquisa acarrete qualquer tipo de dano em sua vida, você terá direito a indenização. Você receberá assistência, caso haja eventuais danos materiais e imateriais decorrentes de sua participação na pesquisa.

Após a entrevista, você poderá decidir quais informações fornecidas poderão ser utilizadas na pesquisa e tratadas de forma pública. O relatório final desta pesquisa será publicado e compartilhado com o público em geral sem a identificação de nomes, mas contendo falas pontuais que permitam a compreensão do processo de retorno ao trabalho.

Você terá acesso ao resultado da pesquisa, por meio de uma devolutiva que a pesquisadora se compromete a fornecer ao final da pesquisa.

Você receberá uma via deste termo assinada pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal e do Comitê de Ética em Pesquisa. No caso de dúvidas, poderá contatar a pesquisadora.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Declaro, ainda, que autorizo a gravação e filmagem da entrevista, concedendo uso de imagem apenas para fins de análise e compreensão dos dados, e não para divulgação. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSCar, sito na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luís, Km 235 – Caixa Postal 676 – CEP 13.565-905 – São Carlos – SP – Brasil. Fone: (16) 3351-8028.

Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

Informações para contato:

Karen Grecco de Freitas
Pesquisadora
(16) 98809-5481
ka_grecco@yahoo.com.br

Profª Dra. Vivian Aline Mininel
Orientadora
(16) 3351-8334
vivian.aline@ufscar.br

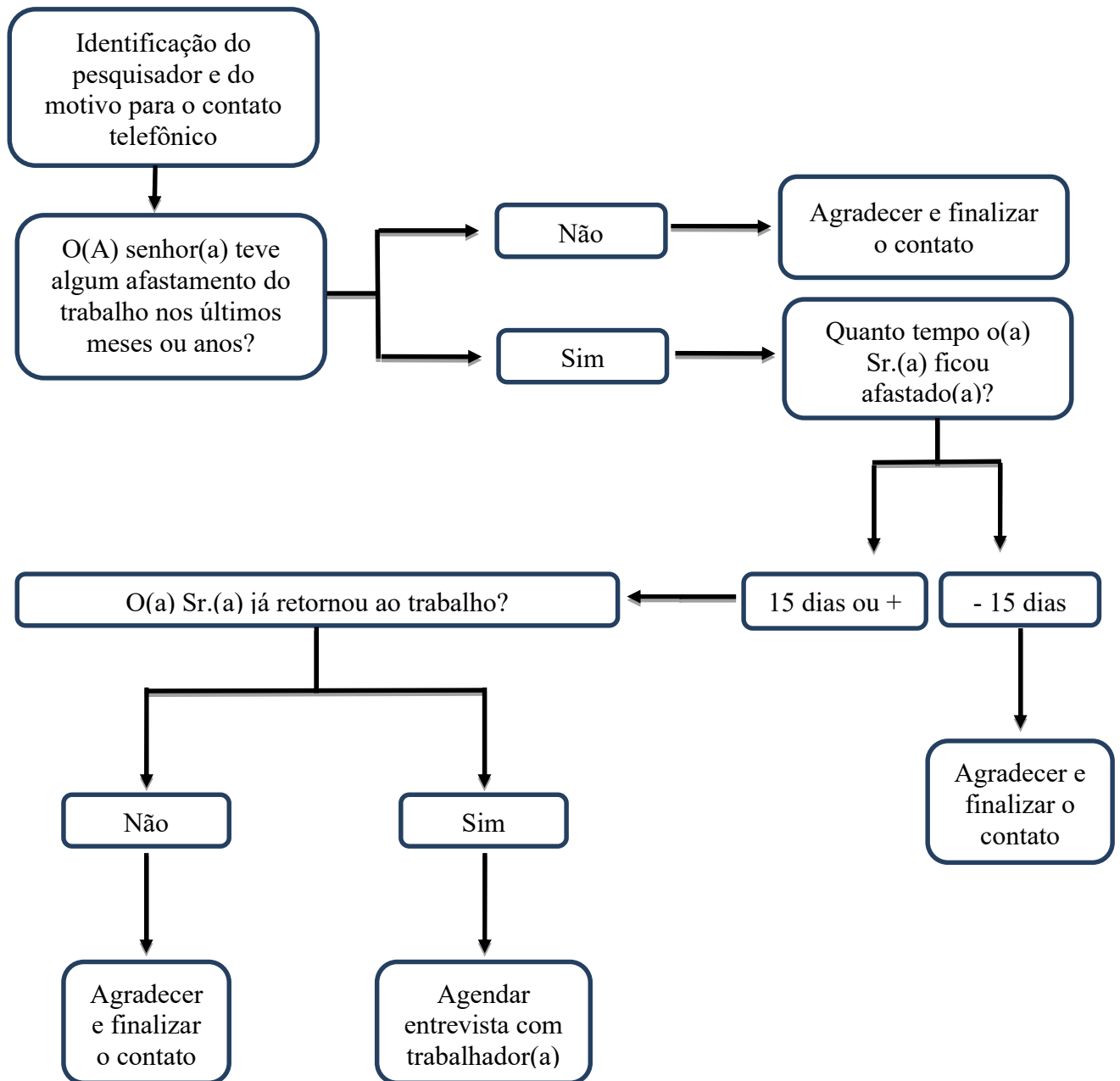
Endereço: Universidade Federal de São Carlos – Departamento de Enfermagem
Rodovia Washington Luís, Km 235, caixa postal 676, São Carlos – SP, CEP 13565-905.

Araraquara, _____ de _____ de _____

Assinatura do Participante

Karen Grecco de Freitas
(Pesquisadora)

- () Necessito de reembolso para transporte, pago pela pesquisadora.
() Não necessito de reembolso para transporte.

APÊNDICE B - Roteiro para Seleção dos Participantes – Contato Telefônico

APÊNDICE C - Roteiro de Entrevista

Data da coleta: ___ / ___ / _____

Caracterização sócio-laboral

1. Sexo: () feminino () masculino () não declarado

2. Quantos anos você tem? _____ anos

3. Você estudou até que ano / série?() ensino fundamental () ensino médio/técnico () ensino superior

4. Qual sua ocupação / profissão?

5. Você está trabalhando atualmente?
 () não. Realiza contribuição para o INSS: () sim () não
 () sim. Se sim: possui vínculo formal de trabalho: () sim () não

6. Quando foi seu último afastamento do trabalho?

7. Quanto tempo durou este afastamento? _____ dias / meses / anos

8. Qual o motivo deste afastamento do trabalho:
 () acidente de trabalho: _____
 () doença do trabalho: _____

9. O seu afastamento foi pelo INSS? () sim () não. Se sim:
 () foi reconhecido como acidente (B.91)
 () afastou por auxílio doença previdenciário (B.31)

10. Você retornou ao trabalho na mesma empresa? () sim () não.
 Se sim: () mesma função () mesmo posto de trabalho, em diferente função
 () diferente posto de trabalho

Se não, descrever para qual trabalho retornou: _____

11. Você ficou com alguma sequela ou comprometimento? () não () sim,
qual _____

12. Passou por alguma readaptação/reabilitação: () não () sim,
qual _____ [caso não
mencione, perguntar se foi no Cerest]

Questões:

7. Conte-me detalhadamente como foi para você o processo de retorno ao trabalho.
8. Como você se sentiu ao longo deste processo?
9. Como foi o apoio que você recebeu ao longo deste processo?
10. Como foi o atendimento pelo Cerest?
11. Você considera que o Cerest poderia ter feito algo diferente?
12. Gostaria de acrescentar mais alguma coisa?

Muito obrigada por sua participação!

ANEXOS

ANEXO 1 – Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RETORNO AO TRABALHO APÓS ACIDENTE OU DOENÇA DO TRABALHO: discurso dos trabalhadores

Pesquisador: KAREN GRECCO DE FREITAS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 08627819.6.0000.5504

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.291.225

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do programa de Pós-Graduação em Enfermagem com o intuito de compreender as vivências do trabalhador no processo de retorno ao trabalho após acidente ou doença do trabalho. Os dados serão coletados a partir do referencial teórico-metodológico da Análise de Discurso (AD) de vertente francesa. A realização da pesquisa será em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) no interior do estado de São Paulo. Este centro tem o papel de suporte técnico especializado no desempenho de ações voltadas à saúde do trabalhador com uma equipe multiprofissional. Será um total de 10 participantes que obrigatoriamente retornaram ao trabalho exercendo a mesma função, após o período de afastamento e que receberam atendimento pelo CEREST, de ambos os sexos, maiores de dezoito, independente do vínculo empregatício. O levantamento dos participantes se dará pela agenda física da assistente social da CEREST no período de 2017 ou 2018. Os participantes serão contatados por meio telefônico e, após o aceite, serão entrevistados nas dependências do Centro de Referência, individualmente em uma sala privada. As entrevistas serão filmadas e gravadas para posterior transcrição na íntegra, conforme exigências do instrumento de coleta de dados AD.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo primário é compreender as vivências do trabalhador no processo de retorno ao trabalho, após acidente ou doença do trabalho.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Telefone: (16)3351-9683

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 3.291.225

O objetivo secundário é analisar como ocorreu o processo de retorno ao trabalho, identificar os sentimentos, expectativas e fragilidades que permearam este contexto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto prevê riscos psicológicos devido às reflexões sobre experiências vivenciadas no processo de retorno ao trabalho que podem aflorar sentimentos negativos. Neste caso, a entrevista será interrompida, e se caso o participante desejar, será encaminhado ao SUS do município para que seja acolhido e receba o acompanhamento devido. Os benefícios da pesquisa se dará na identificação de aspectos influenciadores neste processo de retorno para que sejam elaboradas melhorias.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto é relevante para a área de pesquisa, pois neste contexto ocorre uma dinâmica complexa entre a saúde, o trabalho e a própria identidade do indivíduo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresentou alterações no projeto, como o critério para participar da pesquisa apenas maiores de 18 anos, assim não há a necessidade de um TALE, assim como um campo para a assinatura do responsável legal no TCLE. Também foram inclusos os contatos da pesquisadora no documento.

Foi justificada a necessidade da filmagem como parte essencial da pesquisa que será utilizada restritamente para análise de dados e não para divulgação de imagem.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As alterações realizadas no projeto e as pendências sanadas no TCLE possibilitam a continuidade na pesquisa e na coleta dos dados.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1291992.pdf	01/04/2019 23:18:31		Aceito
Outros	JustificativaCEP.pdf	01/04/2019 23:16:24	KAREN GRECCO DE FREITAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLEprojeto.pdf	01/04/2019 23:10:45	KAREN GRECCO DE FREITAS	Aceito

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 3.291.225

Ausência	TCLEprojeto.pdf	01/04/2019 23:10:45	KAREN GRECCO DE FREITAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetodePesquisa.pdf	01/04/2019 23:10:32	KAREN GRECCO DE FREITAS	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	18/02/2019 15:36:44	KAREN GRECCO DE FREITAS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AceiteInstituicao.pdf	12/02/2019 14:12:01	KAREN GRECCO DE FREITAS	Aceito
Cronograma	CronogramaProjeto.pdf	12/02/2019 14:11:40	KAREN GRECCO DE FREITAS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 29 de Abril de 2019

Assinado por:
Priscilla Hortense
(Coordenador(a))

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA **CEP:** 13.565-905
UF: SP **Município:** SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9683 **E-mail:** cephumanos@ufscar.br