

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DE TECNOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO**

**ELAINE CRISTINA SILVA**

**Contradições e conflitos na atuação de empresas e do INSS no  
processo de retorno ao trabalho de trabalhadores afastados por  
LER/DORT**

**SÃO CARLOS  
2016**

**ELAINE CRISTINA SILVA**

**Contradições e conflitos na atuação de empresas e do INSS no processo de retorno ao trabalho de trabalhadores afastados por LER/DORT**

**Tese apresentada para a defesa de doutorado ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para a obtenção do Título de Doutora em Engenharia de Produção.**

Orientador: Prof. Dr. João Alberto Camarotto  
Agência financiadora: CAPES

**SÃO CARLOS**

**2016**

Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da  
Biblioteca Comunitária da UFSCar  
Processamento Técnico com os dados fornecidos pela autora

Silva, Elaine Cristina

Contradições e conflitos na atuação de empresas e INSS no processo de retorno ao trabalho de trabalhadores afastados por LER/DORT / Elaine Cristina Silva – São Carlos: UFSCar, 2016.

Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção – UFSCar.

Orientador: Prof. Dr. João Alberto Camarotto.

1. Trabalhador.
2. LER/DORT
3. Retorno ao trabalho.
4. INSS.
5. Empresa.
6. Ergonomia da Atividade.
7. CIF.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Exatas e de Tecnologia  
Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção

---

**Folha de Aprovação**

---

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Tese de Doutorado da candidata Elaine Cristina Silva, realizada em 17/06/2016:

---

Prof. Dr. João Alberto Camarotte  
UFSCar

---

Profa. Dra. Aparecida Mari Iguti  
UNICAMP

---

Prof. Dr. Paulo Eduardo Gomes Bento  
UFSCar

---

Prof. Dr. Rodolfo Andrade Gouveia Vilela  
USP

---

Profa. Dra. Selma Lancman  
USP

*À minha mãe e aos meus irmãos pelo amor e por sempre acreditarem em mim.*

*Ao meu querido Gustavo pelo amor, cuidado e paciência.*

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus pela sua presença constante em minha vida e por tudo o que torna possível.

À minha querida mãe, Maria Helena, pelo amor incondicional, pela força e pelo estímulo para continuar...

Ao meu pai, José Lázaro, responsável por parte do que sou...

Aos meus irmãos, Daniela e Danilo, por serem tão especiais em minha vida...

Ao Gustavo, meu amor, pelo carinho, respeito, cumplicidade e segurança que foram essenciais para que eu finalizasse esse trabalho.

Ao Sandro e a Laisa pelo carinho indescritível...

Às amigas que sempre me ouviram nos momentos de angústia, ansiedade e felicidade. Foi muito bom e importante compartilhar esses momentos com vocês! Rosana, Adriana, Fabi, Sabrina, Beth, Carina, Débora, Lucyana, Ana Paula e Taís: Obrigada pela amizade!

Ao Prof. João Alberto Camarotto pelo respeito, pela compreensão, pela disposição, pela convivência enriquecedora, por ter acreditado em mim e pela sabedoria com que conduziu as orientações, o que me incentivou a ter esperança na construção de algo melhor.

À Mara Takahashi e Profa. Léa Soares que participaram da qualificação, não puderam estar presentes na defesa, mas que contribuíram de maneira significativa na construção desse trabalho.

À banca, Prof. Rodolfo Vilela, Prof<sup>a</sup> Selma Lancman, Prof<sup>a</sup> Aparecida Mari Iguti e ao Prof. Paulo Eduardo Gomes Bento, agradeço a gentileza de aceitar o convite, pela contribuição e enriquecimento deste trabalho.

Aos participantes da pesquisa (empresas, analistas do INSS e trabalhadores) agradeço pela disponibilidade, por compartilhar suas vivências e percepções.

Agradeço ao Robson e Larissa, da secretaria de PPGEP, pela paciência e dedicação que sempre tiveram com os alunos da pós-graduação.

Agradeço a CAPES, que possibilitou o processo e conclusão desse estudo.

*“Era ele que erguia casas  
Onde antes só havia chão.  
Como um pássaro sem asas  
Ele subia com as casas  
Que lhe brotavam da mão.  
Mas tudo desconhecia  
De sua grande missão:  
Não sabia, por exemplo  
Que a casa de um homem é um templo  
Um templo sem religião  
Como tampouco sabia  
Que a casa que ele fazia  
Sendo a sua liberdade  
Era a sua escravidão.”*

*“Mas ele desconhecia  
Esse fato extraordinário:  
Que o operário faz a coisa  
E a coisa faz o operário.”*

*“E dentro da tarde mansa  
Agigantou-se a razão  
De um pobre e esquecido  
Razão porém que fizera  
Em operário construído  
O operário em construção.”*

(O Operário em Construção – Vinícius de Moraes)

## RESUMO

As manifestações das LER/DORT no mundo do trabalho têm sido motivo de preocupação, visto que seu crescimento tem constrangido a sociedade a lidar com esse problema de elevado impacto econômico, devido ao aumento significativo no número de afastamentos relacionados ao trabalho. Após o diagnóstico e afastamento, o médico perito do INSS, de acordo com condições/capacidades do trabalhador, o encaminha para o Programa de Reabilitação Profissional do INSS, que deve proporcionar os meios de readaptação profissional e social, segundo a Constituição Federal. No entanto, as dificuldades por parte do Ministério da Previdência Social no método de retorno dos trabalhadores afastados por LER/DORT tem sido motivo de discussão. Esse estudo teve por objetivo compreender o processo de retorno ao trabalho do trabalhador afastado por LER/DOR, por meio da ergonomia da atividade, enfocando a necessidade de interação entre empresa, trabalhador e INSS. A trajetória metodológica foi delineada/conduzida por um fluxograma de retorno ao trabalho criado pela pesquisadora a partir do modelo de inclusão da pessoa com deficiência de Simonelli (2009). A metodologia constituiu-se, inicialmente, da aprovação do Comitê de Ética da UFSCar para a coleta e análise dos dados nas quatro empresas que aceitaram participar do estudo e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos trabalhadores. Para a coleta de dados, os trabalhadores foram entrevistados, passaram por avaliação de capacidade para o trabalho a partir de protocolos e *core set* da CIF e foram acompanhados nos postos de trabalho para a observação sistematizada e compreensão da atividade, como um pressuposto da ergonomia da atividade. No estudo dos diferentes casos foi possível constatar que as atividades analisadas demonstram que do posto de afastamento para o posto de reinserção houve mudanças significativas. Algumas empresas do estudo não apresentam um programa para reaproximação do trabalhador no período de afastamento. Os cursos profissionalizantes oferecidos pelo INSS, em sua maioria não pactua com as exigências das tarefas das empresas, portanto, não ajudam o trabalhador no processo de retorno ao trabalho. O trabalhador que retorna do afastamento geralmente é colocado no posto que a empresa escolhe, pois, esta procura atender as restrições que o Programa de Reabilitação Profissional prescreve. No entanto, este não o acompanha durante o processo de reinserção e os profissionais habilitados da empresa também não o acompanham regularmente. Com as situações observadas, conclui-se que o efetivo retorno depende do trabalho conjunto desses três atores sociais (empresa, trabalhador e Reabilitação Profissional), que se complementam, incluindo análise da atividade no processo de seleção dos postos para a inclusão, visando discussões que gerem frutos que beneficiem os trabalhadores e, conseqüentemente, as empresas e o INSS.

**Palavras-Chave:** Trabalhador, LER/DORT, Retorno ao trabalho, INSS, Empresa, Ergonomia da Atividade, CIF.

## ABSTRACT

Manifestations Work-Related Musculoskeletal Disorders (WRMSDs) in the workplace have been of concern, as its growth has forced the society to deal with this problem high economic impact due to the significant increase in the number of absences related to work. After diagnosis and removal, the INSS medical expert, according to conditions / worker capabilities, forwards it to the Vocational Rehabilitation Program INSS, which should provide the means of professional and social rehabilitation, according to the Federal Constitution. However, the difficulties of the Ministry of Social Security in return method of workers away by WRMSDs has been the subject of discussion. This study aimed to understand of the process of return to the employee's work away for WRMSDs, through the activity of ergonomics, focusing on the need for interaction between business, labor and INSS. The methodology was designed / led by a return to work flow chart created by the researcher from the model of inclusion of people with disabilities of Simonelli (2009). The methodology consisted initially of approval of UFSCar's Ethics Committee for the collection and analysis of data in the four companies that agreed to participate, and Term of Consent of workers. For data collection, the workers were interviewed, underwent evaluation capacity for work, from protocols and core set of ICF and were followed in jobs for systematic observation and understanding of the activity, as a presupposition of ergonomics activity. In the study of different cases it was found that the activities analyzed show that the removal station for reintegration post significant changes. Some study companies have a program for approaching the worker in the period of clearance. The professional courses offered by the INSS, mostly do not meet the requirements of the tasks of the companies, therefore, do not help the worker in the process of returning to work. The worker who returns clearance, is generally placed in the position that the company chooses, since it seeks to meet the restrictions that the Vocational Rehabilitation Program prescribes. However, this does not help you during the process of reintegration and skilled professionals of the company did not accompany him regularly. With the observed situations, it is concluded that the actual return depends on the joint work of these three social actors (company, employee and Vocational Rehabilitation), which complement each other, including analysis of activity in the stations selection process for inclusion, aiming discussions generate fruits that benefit workers and, consequently, companies and the INSS.

Keywords: Worker, WMSDs, Return to work, INSS, Company, Activity of Ergonomics, CIF.

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: ESQUEMA ILUSTRATIVO DA RELAÇÃO ENTRE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO, FATORES PSICOSSOCIAIS E EFEITOS SOBRE A SAÚDE. FONTE: ASSUNÇÃO, VILELA (2009, P. 39).	43
FIGURA 2: REABILITAÇÃO. FONTE: OMS, 2011. ....	46
FIGURA 3: GERÊNCIAS DO INSS COM REABILITAÇÃO PROFISSIONAL. FONTE: DGARO/INSS - Nov/2003 (BRASIL, 2015).....	51
FIGURA 4: RELAÇÕES ENTRE A RACIONALIDADE PRODUTIVA E PONTO DE VISTA DA ATIVIDADE. FONTE: MENEGON, 2000.....	61
FIGURA 5: REPRESENTAÇÃO DO MODELO INTEGRADOR DA ATIVIDADE. FONTE: GUÉRIN ET AL. (2001, P. 27).....	62
FIGURA 6: MODELO DE REGULAÇÃO DA ATIVIDADE ADAPTADO DE LEPLAT, 2000. FONTE: FALZON (2007, P.12).....	64
FIGURA 7: RELAÇÕES EXISTENTES AO DETERMINAR A CARGA DE TRABALHO. FONTE: GUÉRIN ET AL. (2001, P.65).....	65
FIGURA 8: SITUAÇÃO "NÃO RESTRITIVA". AÇÃO POSSÍVEL SOBRE OS OBJETIVOS E OS MEIOS. FONTE: GUÉRIN ET AL. (2001, P.66).....	66
FIGURA 9: DESEMPENHO OBTIDO À CUSTA DE DANOS AO ESTADO INTERNO. FONTE: GUÉRIN ET AL. (2001, P.66).....	66
FIGURA 10: DESEMPENHO NÃO OBTIDO (SOBRECARGA). FONTE: GUÉRIN ET AL. (2001, P.67)...	66
FIGURA 11: INTERAÇÃO ENTRE OS COMPONENTES DA CIF - FONTE: OMS, CIF, 2003. ....	69
FIGURA 12: COMPONENTES DO PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE FUNCIONALIDADE DE TRABALHADORES COM LER/DORT. LIMA, ET AL. (2008, P. 232).....	72
FIGURA 13: FLUXOGRAMA DE RETORNO AO TRABALHO DO TRABALHADOR AFASTADO POR LER/DORT. FONTE: AUTORA. ....	80
FIGURA 14: HIERARQUIA NA PRODUÇÃO DA EMPRESA A.....	90
FIGURA 15: HIERARQUIA NA EMPRESA B.....	114
FIGURA 16: HIERARQUIA NA EMPRESA C.....	121
FIGURA 17: HIERARQUIA NA EMPRESA D. ....	136
FIGURA 18: PROCESSO DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL NA EMPRESA D. FONTE: EMPRESA D .....	138

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1: AUTORIZAÇÃO DAS EMPRESAS, ACEITE DO COMITÊ DE ÉTICA E DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA. ....	27
TABELA 2: NÚMERO DE CASOS DE ACIDENTE/DOENÇA DO TRABALHO NO BRASIL, ENTRE 1997 E 2013. ....	35
TABELA 3: QUANTIDADE DE ACIDENTES/ADOCIMENTOS RELATIVOS AO TRABALHO POR CID, ANO DE 2013. ....	35
TABELA 4: AGÊNCIAS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL .....	51
TABELA 5: NÚMERO DE TRABALHADORES REABILITADOS PELO PRP DO INSS .....	52
TABELA 6: ROTEIRO UTILIZADO NA COLETA DE DADOS NAS EMPRESAS.....	87
TABELA 7: PONTOS QUE DIFEREM OS MÉTODOS ADOTADOS PELAS EMPRESAS DO ESTUDO. ....	143

## QUADRO

QUADRO 1 - Modelo linear da CIDID.....	21
----------------------------------------	----

## **LISTA DE SIGLAS**

AAT: Análise da Atividade de Trabalho.

AET: Análise Ergonômica do Trabalho.

APS: Agência da Previdência Social.

ASO: Atestado de Saúde Ocupacional.

CAT: Comunicação de Acidente do Trabalho.

CID-10: Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde 10ª revisão.

CIDID: Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens.

CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

CLT: Consolidação das Leis do Trabalho.

CNI: Confederação Nacional da Previdência Social.

CRP: Centro de Reabilitação Profissional.

CUT: Central Única dos Trabalhadores.

DIRSAT: Diretoria de Saúde do Trabalhador.

DORT: Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho.

DRT/SP: Delegacia Regional do Trabalho em São Paulo.

EA: Ergonomia da Atividade.

GEX: Superintendências Regionais.

ICT: Índice de Capacidade para o Trabalho.

INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

INPS: Instituto Nacional da Previdência Social.

INSS: Instituto Nacional do Seguro Social.

LER: Lesões por Esforços Repetitivos.

NRP: Núcleo de Reabilitação Profissional.

OIT: Organização Internacional do Trabalho.

OMS: Organização Mundial de Saúde.

OSE: Ordem de Serviço e Segurança.

PCD: Pessoa com Deficiência.

PDV: Plano de Demissão Voluntária.

PRP do INSS: Programa de Reabilitação Profissional do INSS.

RET: Representante Técnico.

RGPS: Regime Geral da Previdência Social.

ROP: Responsável pela Orientação.

RT: Responsável Técnico.

SENAC: Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial.

SESMT: Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho.

SINAN: Sistema Nacional de Informações sobre agravos de notificação.

SUS: Sistema Único de Saúde.

UTRP: Unidades Técnicas de Reabilitação Profissional.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	19
1.1. <i>Antecedentes e Justificativas do Estudo</i> .....	21
1.2. <i>Objetivos da Pesquisa</i> .....	24
1.3. <i>Método da pesquisa</i> .....	25
1.4. <i>Estrutura da Tese</i> .....	28
2. REFERENCIAL TEÓRICO .....	30
2.1. <b>CONTEXTO DO ESTUDO</b> .....	30
2.1.1. Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT) .....	30
2.1.1.1. Dados Históricos e Epidemiológicos das LER/DORT .....	31
2.1.1.2. O Adoecimento por LER/DORT e o Sofrimento/Dor .....	39
2.1.1.3. As Consequências Biopsicossociais da Doença Osteomuscular .....	41
2.1.2. A Reabilitação para o Trabalho .....	44
2.1.2.1. Estrutura da Reabilitação profissional na Previdência Social .....	47
2.1.2.1.1. O Processo de Reabilitação Profissional no Brasil .....	52
2.1.2.2. Limites do Programa de Reabilitação Profissional e o retorno ao trabalho .....	54
2.2. <b>PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS E CONCEITUAIS</b> .....	57
2.2.1. O Trabalho como Atividade Humana .....	57
2.2.2. Ergonomia da Atividade .....	59
2.2.2.1. A Análise da Atividade de Trabalho .....	60
2.2.2.2. Reflexões acerca da análise da atividade e a regulação do trabalhador que retorna ao trabalho .....	67
2.2.3. Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) .....	68
2.2.3.1. <i>Core Set</i> da CIF para LER/DORT .....	71
2.2.4. Índice de Capacidade para o Trabalho (protocolo de avaliação) .....	72
2.5. <i>Síntese dos referenciais utilizados no estudo</i> .....	73
3. MÉTODOS E TÉCNICAS .....	74
3.1. <i>Fluxograma para análise de inclusão da pessoa que retorna ao trabalho após afastamento por LER/DORT</i> .....	79
4. RESULTADOS .....	82
4.1. <i>A prática do INSS sobre o retorno ao trabalho</i> .....	82

4.1.1. Análise da Entrevista com as Analistas do Programa de Reabilitação Profissional do INSS .....	84
4.2. <b>Empresas estudadas</b> .....	86
4.2.1. Empresa A .....	87
4.2.1.1. Entrevista com o representante da empresa A sobre o método de reinserção dos trabalhadores afastados por LER/DORT .....	87
4.2.1.2. Estudos dos casos de reinserção da empresa A .....	93
4.2.1.2.1. O caso W .....	94
4.2.1.2.2. O caso G .....	100
4.2.1.2.3. O caso P .....	106
4.2.2. Empresa B .....	111
4.2.2.1. Entrevista com representante da empresa B sobre método de reinserção dos trabalhadores afastados por LER/DORT .....	112
4.2.2.2. Estudo do caso de reinserção da empresa B .....	114
4.2.2.2.1. O caso J .....	115
4.2.3. Empresa C .....	120
4.2.3.1. Entrevista com representante da empresa C sobre método de reinserção dos trabalhadores afastados por LER/DORT .....	120
4.2.3.2. Estudo dos casos de reinserção da empresa C .....	123
4.2.3.2.1. O caso M .....	123
4.2.3.2.2. O caso A .....	129
4.2.4. Empresa D .....	136
4.2.4.1. Entrevista com representante da empresa D sobre o método de reinserção dos trabalhadores afastados por LER/DORT .....	136
4.3. <b>Discussão e Conclusão do Capítulo</b> .....	140
4.3.1. Discussão dos métodos adotados nas empresas para o retorno dos trabalhadores afastados por LER/DORT .....	141
4.3.2. Discussão sobre os métodos adotados pelo INSS e o Programa de Reabilitação Profissional para o retorno dos trabalhadores afastados por LER/DORT .....	149
4.3.3. Conclusões .....	152
5. <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	155
6. <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	157
APÊNDICE A – Entrevista com Analistas do INSS .....	167
APÊNDICE B - Entrevista com a empresa .....	168
APÊNDICE C – CORE SET DA CIF .....	169

APÊNDICE D – Ficha de Descrição Da Tarefa.....	172
APÊNDICE E: Posto de afastamento caso W .....	173
APÊNDICE F – Posto de reinserção caso W .....	178
APÊNDICE G – Posto de afastamento caso G.....	181
APÊNDICE H – Posto de reinserção do caso G .....	185
APÊNDICE I – Posto de afastamento caso P.....	188
APÊNDICE J – Posto de reinserção do caso P .....	189
APÊNDICE K – Posto de reinserção do caso J.....	191
APÊNDICE L – Posto de afastamento do caso M .....	194
APÊNDICE M – Posto de reinserção 1 do caso M.....	195
APÊNDICE N – Posto de reinserção 2 do caso M.....	197
APÊNDICE O – Posto de reinserção 3 do caso M.....	198
APÊNDICE P – Posto de afastamento 1 do caso A .....	200
APÊNDICE Q – Posto de afastamento 2 do caso A.....	203
APÊNDICE R – Posto de reinserção 1 do caso A.....	205
APÊNDICE S – Posto de reinserção 2 do caso A .....	207
ANEXO I – Aprovação do CEP .....	210
ANEXO II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	211
ANEXO III – INDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO (ICT).....	212
ANEXO IV – SF-36 .....	220
ANEXO V – HAQ.....	225
ANEXO VI – Ofício de solicitação de posto .....	227
ANEXO VII – Cartão de Frequência .....	228
ANEXO VIII – Relatório de avaliação do INSS.....	229
ANEXO IX – Certificado de Reabilitação .....	231

## 1. INTRODUÇÃO

As lesões musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho, também chamadas de Lesões por Esforços Repetitivos (LER) ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) se destacam no Brasil desde o final da década de 1980. O seu crescimento tem constrangido a sociedade a lidar com esse problema, visto que a importância de suas manifestações é considerada um problema de saúde pública.

O impacto econômico que o elevado número de afastamentos por acidentes e doenças relacionadas ao trabalho causa à economia do país é motivo de preocupação. De acordo com o Informe da Previdência Social de julho de 2011, as despesas decorrentes dos riscos do trabalho chegam a R\$56,8 bilhões, sendo que o pagamento de benefícios acidentários e aposentadorias especiais correspondem à R\$14,2 bilhões. O restante, R\$42,6 bilhões, corresponde às despesas com reabilitação física (assistência e tratamento médicos), reabilitação profissional e custo indireto das consequências (BRASIL, 2014).

Segundo dados do 3º Boletim Quadrimestral do Ministério da Previdência Social, o Benefício por Incapacidade relativo aos acidentes e doenças do trabalho entre os anos de 2012 e 2013 teve a prevalência de auxílio-doença acidentário B91 igual a 64,58 afastamentos/10.000 trabalhadores, o que mostra um cenário preocupante de condições de trabalho, visto que se sabe da existência de acidentes de trabalho sem registro. Ainda de acordo o Boletim são concedidos em torno de 32 auxílios-doença para cada aposentadoria por invalidez; 461 auxílios-doença para cada pensão por morte ou acidente de trabalho; e 38 auxílios-doença para cada auxílio-acidente decorrente do trabalho.

No Brasil, a primeira referência oficial dos Distúrbios do Sistema Musculoesquelético foi apontada pela Previdência Social, com a terminologia Tenossinovite do Digitador, através da portaria nº 4.062, de 06/08/1987. O primeiro termo LER (Lesões por Esforços Repetitivos) foi inicialmente utilizado no Brasil pelo Ministério da Previdência Social e após a revisão das Normas Técnicas para Avaliação de Incapacidade (1991), em 1997 foi introduzida a expressão Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT). Atualmente, o Ministério da Previdência Social caracteriza LER/DORT como síndrome da Lesão por Esforços Repetitivos e dos Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (BRASIL, 2014).

Com as mudanças organizacionais, cada vez mais as tarefas têm exigido iniciativa,

comunicação e trocas entre os trabalhadores, ou seja, maneiras variáveis no processo de ação e reconhecimento de competências (MAGGI, 2006). Essas novas situações de trabalho têm exigido mais do aspecto mental do trabalhador na busca da eficiência, porém com menores margens de manobra para alcançar os resultados esperados. Como consequência, verifica-se o aumento das taxas de absenteísmo devido à somatização e adoecimento musculoesquelético, que tem dentre as causas a dificuldade de regulação frente às condições de trabalho e demandas da organização.

Na fase inicial do adoecimento musculoesquelético, a invisibilidade da origem da dor gera dúvidas quanto ao nexo da doença com o trabalho. Este fato associado à preocupação com os aspectos psicológicos e biomecânicos, deixa de lado o aspecto psicossocial, o que contribui para acentuar o preconceito em torno do indivíduo afastado por LER/DORT, cujo primeiro sinal o sofrimento causado pela dor não visível aos olhos dos outros atores sociais envolvidos no trabalho (MARTINS e ASSUNÇÃO, 2002; ALVES, 2004; MAENO E WÜNSCH, 2010).

A partir do diagnóstico de LER/DORT e constatada a necessidade de afastamento, o trabalhador é encaminhado a um perito médico do INSS (Instituto Nacional do Seguro Social), que o avalia e o encaminha de acordo com suas condições/capacidades. Na identificação de incapacidade temporária, o trabalhador é encaminhado para o Programa de Reabilitação Profissional do INSS, segundo previsão Constitucional, para que possa participar do mercado de trabalho e do contexto em que vive. Para isso, o Programa de Reabilitação Profissional deve proporcionar os meios de readaptação profissional e social (BRASIL, 1988).

Observa-se uma grande dificuldade por parte do Ministério da Previdência Social em articular suas ações de modo a conseguir efetivar o retorno dos trabalhadores afastados por lesões musculoesqueléticas, sem recidiva. Não são indicadas neste processo a reabilitação profissional que permita a efetiva inclusão ou retorno do trabalhador ao ambiente social de trabalho (MAENO, TAKAHASHI e LIMA, 2009).

### 1.1. Antecedentes e Justificativas do Estudo

A Reabilitação Profissional oferecida pelo INSS enfrenta dificuldades históricas por causa da grande demanda frente ao reduzido corpo de profissionais especializados, além da dificuldade financeira nos programas de reabilitação (ROSSI, 2008). Ainda segundo a autora, se a empresa tivesse uma abordagem de integração com o INSS, ou seja, um trabalho conjunto, facilitaria o retorno do trabalhador.

Baril e Berthelette (2000) apontam que deve ser incentivado o retorno precoce ao ambiente de trabalho, já que os trabalhadores que estão a mais tempo afastados, provavelmente, poderão desenvolver problemas psicológicos e sociais, o que dificulta a reinserção.

Para Meijer, Sluiter & Frings-Dresen (2005), quanto mais rápido ocorre o retorno da licença médica, mais fácil é a adequação ao novo posto de trabalho. Segundo Pransky et al. (2004), empresas estão reconhecendo os benefícios do retorno rápido ao trabalho.

Os trabalhadores acometidos por LER/DORT têm encontrado dificuldades ao retornar ao trabalho, visto que, além das limitações funcionais, também enfrentam obstáculos junto ao grupo de trabalho e/ou a chefia imediata da empresa. Os desafios do retorno ao trabalho apresentam um complexo processo de diferentes dimensões, que dependem dos fatores social, psicológico, ambiental e de fatores organizacionais, tal como a natureza e severidade do comprometimento a partir da lesão (COSTA-BLACK, 2011).

Ao se tratar das questões relativas à inclusão de pessoas no trabalho, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1980, aprovou a publicação de um instrumento: a Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID), que definiu a incapacidade no contexto de um modelo linear (MÂNGIA, MURAMOTO, LANCMAN, 2008):

#### Quadro 1- Modelo linear da CIDID

Doença → Deficiência → Incapacidade → Desvantagem
---------------------------------------------------

Fonte: Adaptado de Mângia, Muramoto e Lancman, 2008.

De acordo com as autoras, a estrutura proposta na CIDID compreende a incapacidade a partir de três conceitos de base conexos e hierarquizados: deficiência, incapacidade e desvantagem, no qual a deficiência representa em relação à incapacidade, uma condição de possibilidade e a incapacidade representa um reflexo social da desvantagem. Ainda segundo as autoras, tem-se discutido na literatura, cada vez mais, a importância de se considerar a interação entre o corpo funcionalmente incapaz, as relações socioculturais e os processos que possibilitem a construção da compreensão não reducionista da incapacidade.

Segundo Amiralian et al. (2000), importante crítica foi feita à CIDID, pela proximidade do modelo médico de doença, que se apoia no positivismo. O conceito de deficiência da CIDID se aproxima do conceito de doença deste modelo, verificando-se sua subordinação ao diagnóstico médico. Em decorrência destas críticas, a CIDID foi substituída pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), propondo que a incapacidade seja considerada na intersecção entre o corpo biológico e as estruturas sociais e institucionais. Para a CIF, as deficiências são definidas como problemas na função ou estrutura corporal, tais como um desvio ou perda significativo, e “incapacidade é um fenômeno relacional em que as limitações funcionais tornam-se incapacitantes como consequência das relações sociais e comportamentais mais amplas” (IMRIE, 2004, p. 293).

A CIF adota uma abordagem biopsicossocial que reflete na interação entre as diferentes dimensões da saúde (social, biológica e individual), descrita nos componentes: estrutura e função corporal, atividade e participação (OMS, 2003).

Para Sampaio e Luz (2009), o processo de incapacidade é representado por dimensões distintas, inter-relacionadas, onde a deficiência inclui sistemas ou partes do corpo que não funcionam apropriadamente, enquanto incapacidade centra-se nas atividades que as pessoas não podem fazer, especialmente as atividades básicas da vida diária e o desempenho de papéis sociais.

Segundo Di Nubila e Buchalla (2008), na CIF, o termo deficiência corresponde a alterações apenas no nível corporal, enquanto o termo incapacidade, mais abrangente, indica os aspetos de interação entre um indivíduo (com uma determinada condição de saúde) e seus fatores contextuais (ambientais ou pessoais). As autoras exemplificam afirmando que um indivíduo pode apresentar uma deficiência (física/no corpo) e não necessariamente ser incapaz. Da mesma forma, um indivíduo pode viver a incapacidade sem ter nenhuma

deficiência em razão de estigma e preconceito. Ainda segundo as autoras, a CIF não fornece limites para definir quem é deficiente e quem não é, em vez disso, reconhece aspectos e graus de deficiência ou incapacidade.

O trabalhador que se afasta por LER/DORT apresenta uma incapacidade em diferentes graus de comprometimento, podendo se afastar de maneira definitiva ou ter a possibilidade de retorno e inclusão no trabalho.

De acordo com Toldrá et al. (2010), quando os trabalhadores retornam ao trabalho são muitas vezes colocados em funções incompatíveis com o seu quadro clínico-funcional e/ou com sua formação e qualificação profissional. Deste modo, acabam deixados à margem do processo produtivo, “encostados”, o que reforça as experiências de fracasso.

O retorno do trabalhador afastado deverá acontecer para a mesma função de origem ou em função compatível com a condição de saúde e capacidade laborativa, sendo que o sucesso ou o fracasso desse processo depende de vários aspectos, como: organização do trabalho, relações interpessoais, capacidade laborativa e capacitação profissional. O êxito no retorno e permanência no trabalho está relacionado com o envolvimento de diversos órgãos, campos, atores sociais e profissionais, que devem direcionar suas atuações em torno de um eixo comum e predefinido coletivamente. Caso contrário, os trabalhadores são direcionados para postos de trabalho incompatíveis com suas capacidades laborais, formações e qualificações ou são deixados à margem do processo produtivo (LANCMAN et al., 2013).

De acordo com Takahashi (2006), a reabilitação profissional sozinha não garante as melhorias necessárias para o retorno efetivo ao trabalho. A eficácia e a efetivação deste programa dependem de políticas econômicas que privilegiem, além do crescimento econômico, também a saúde do trabalhador; as políticas preventivas nos ambientes de trabalho; a assistência em saúde para procedimentos diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação adequados; e de intervenções, no processo de reabilitação profissional entre empresa e trabalhador reabilitado.

O INSS, por meio da Diretoria de Saúde do Trabalhador (DIRSAT), apresentou uma proposta para a revisão de suas práticas e formas de gestão das áreas de competência que possibilite a prestação de serviços e concessão de benefícios de forma mais eficiente, por

meio de uma cartilha de saúde do trabalhador (BRASIL, 2015). Neste documento oficial foi apresentado um projeto de Reabilitação Integral, cujo objetivo é:

“promover ações de reabilitação profissional integrada às políticas públicas de Seguridade Social Ampliada por meio de uma rede de (re)habilitação integral, articulada, descentralizada e estruturada no âmbito dos entes federados (União, Estados, Distrito Federal e Municípios), com vistas ao (re)ingresso de beneficiários reabilitados, de pessoas com deficiência, de apontados e de dependentes no mundo do trabalho” (BRASIL, 2015, p.8).

No entanto, não foi compartilhado o método para atingir tal objetivo, que é uma das maiores dificuldades das práticas de retorno ao trabalho dos trabalhadores afastados por LER/DORT.

Algumas questões de pesquisa surgiram para este estudo, visto que existem lacunas na literatura científica e no método colocado pelo governo: Como se dá, na prática, o processo de retorno ao trabalho intermediado pelo INSS e pela empresa? Quais são os procedimentos e relações entre os métodos de reinserção do INSS e das empresas?

Considerando-se que a Ergonomia da Atividade (EA) tem como centro de análise a atividade real do trabalhador, que corresponde ao que o trabalhador realmente faz, utilizando-se de suas estratégias e modos operatórios durante o processo de trabalho, entende-se que sua análise é o meio para o entendimento do trabalho. No que diz respeito ao retorno do trabalhador afastado por LER/DORT, a análise da atividade ampliará o entendimento do trabalho para uma efetiva reinserção.

Esta tese trata da inclusão dos trabalhadores que se afastam de suas funções com o diagnóstico de LER/DORT e voltam a reassumir as atividades do mundo do trabalho. Para isso, neste contexto também será tratada a incapacidade, visto que o retorno ao trabalho carrega o estigma da doença que exclui.

## **1.2. Objetivos da Pesquisa**

### **Objetivo Geral**

Compreender o processo de retorno ao trabalho do trabalhador afastado por LER/DORT, por meio da ergonomia da atividade, enfocando as ações entre empresa,

trabalhador e INSS.

### **Objetivos Específicos**

- 1) Sistematizar as ações do INSS e da empresa no retorno dos trabalhadores afastados por LER/DORT;
- 2) Identificar as práticas utilizadas no Programa de Reabilitação Profissional do INSS e a intermediação entre a empresa e o INSS neste processo;
- 3) Estudo dos procedimentos adotados por empresas na avaliação da relação entre a tarefa original e a nova tarefa da pessoa que retorna ao trabalho;

### **1.3. Método da pesquisa**

Para o estudo, inicialmente, foi realizado um levantamento bibliográfico a fim de proporcionar maior familiaridade com o problema, tentando a construir hipóteses.

O levantamento bibliográfico foi realizado a partir das bibliografias disponíveis sobre a temática em bases de dados, como a SCIELO, MEDLINE, PUB MED, LILACS, artigos de revistas, periódicos, artigos completos de congressos, teses, dissertações e livros. Para esta pesquisa foram utilizadas as seguintes palavras-chave na língua portuguesa: doenças ocupacionais, LER/DORT, trabalho, reabilitação, reabilitação profissional, retorno ao trabalho, saúde do trabalhador, inclusão, capacidade/incapacidade, adaptação, reinserção, retorno ao trabalho, Ergonomia da Atividade, Análise Ergonômica do Trabalho (AET), atividade, análise da atividade, legislação, Ministério da Previdência Social, INSS.

As seguintes palavras-chave nos idiomas inglês e francês, respectivamente: occupational diseases, Work related musculoskeletal disorder (WMSD), work rehabilitation, vocational rehabilitation, return to work, occupational health, inclusion, ability, disability, adaptation, rehabilitation, return to work, ergonomics activity, activity, activity analysis; maladies professionnelles, la réadaptation au travail, la réadaptation professionnelle, retour au travail, la santé au travail, l'inclusion, la capacité / le handicap, l'adaptation, la réadaptation, le retour au travail, l'activité de l'ergonomie, activité, l'analyse de l'activité.

Para a elaboração deste estudo foi utilizada a abordagem metodológica da pesquisa

qualitativa, utilizando-se como método o estudo de caso na busca por conhecer e entender a organização e o método utilizado pelo PRP do INSS e empresas no retorno dos trabalhadores afastados por LER/DORT e as percepções dos trabalhadores frente a este processo.

Na pesquisa qualitativa os objetos são representados em sua totalidade, dentro de seus contextos de vida (FLICK, 2009). Segundo Martins (2010), a pesquisa qualitativa tem como objetivo a coleta de informações sob a perspectiva dos sujeitos, assim como a interpretação do ambiente em que acontece a problemática do estudo.

Um dos métodos utilizados para conduzir uma pesquisa qualitativa é o estudo de caso, que investiga um fenômeno atual inserido no contexto da vida real e lida com questões de pesquisa do tipo “como” e “porque” acerca dos acontecimentos atuais, sobre o qual se tem pouco ou nenhum controle (YIN, 2005).

Segundo Gil (2008), o estudo de caso consiste no estudo profundo e exaustivo, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento.

Como metodologia para os estudos de caso foi utilizada a análise da atividade como um dos pressupostos da EA, que de acordo com Lima (1998), emprega metodologias qualitativas do tipo observante caracterizada pela descrição pormenorizada do comportamento real dos sujeitos, por meio da preservação das situações e do tempo em que ocorre o trabalho. Além disso, para os estudos de caso foram realizadas entrevistas e aplicação de instrumentos para avaliação de capacidade dos trabalhadores.

Os estudos de caso foram realizados em duas agências do INSS e em quatro empresas (setores metalúrgico e químico), para maior entendimento das lacunas identificadas na teoria e para a compreensão do processo de retorno ao trabalho.

Com a autorização das empresas e a submissão e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) (Anexo I), todos os sujeitos participantes da pesquisa assinaram voluntariamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II), após a explicação dos objetivos do estudo.

Todo o processo (do convite às empresas até a aprovação do Comitê de Ética) foi realizado em um período aproximado de um ano, visto que as empresas demonstravam receio inicial ao tratar deste assunto, que é considerado um problema de difícil resolução (TABELA



Em todas as empresas a pesquisadora foi acompanhada por responsáveis pela reinserção durante as observações dos postos de trabalho, porém, durante as entrevistas em algumas empresas foi permitido o contato com o trabalhador em sala reservada. Além disso, para a aplicação dos protocolos de avaliação de capacidade, os trabalhadores foram avaliados em salas reservadas dos ambulatórios das empresas.

#### **1.4. Estrutura da Tese**

O texto desta tese está estruturado em cinco capítulos, incluindo a introdução e referências bibliográficas, da seguinte maneira:

O capítulo I apresenta os antecedentes e justificativas do estudo, os objetivos e metodologia geral utilizada na tese.

O capítulo II, a revisão teórica, mostra a importância do trabalho para o ser humano, um breve histórico da LER/DORT, suas causas, características, a dor/sofrimento e os aspectos psicossociais causados pelos distúrbios. Aborda o conceito de reabilitação e sua estrutura na Previdência Social brasileira, história, processo e limites do programa. Além disso, há uma fundamentação teórico metodológica da Ergonomia da Atividade (E.A.) e da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

O capítulo III traz os métodos e técnicas utilizados para os estudos de caso e a construção do fluxograma de retorno ao trabalho.

O capítulo IV traz os resultados da pesquisa com análise da prática no retorno ao trabalho, tanto do INSS como das empresas e percepção dos trabalhadores, utilizando-se da metodologia da análise da atividade como pressuposto da EA, além dos instrumentos para avaliação de capacidade, que abrangem os itens do *core set* da CIF; além das discussões e conclusões deste estudo.

Por fim, após as seções citadas, no capítulo V teceram-se as considerações finais a partir da direção apontada pelos resultados da pesquisa e enfatizou-se a importância da E.A. nesse processo.

Com essa estrutura desenvolveu-se esta tese com o intuito de contribuir junto aos atores sociais envolvidos no processo de retorno a partir da análise da realidade do trabalho.

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

O estudo sobre o retorno dos trabalhadores afastados por LER/DORT despertou a atenção no quanto estes distúrbios interferem na vida, nos aspectos social, físico e mental. Surgiu, então, o interesse em entender o funcionamento do processo de afastamento e retorno dos trabalhadores por meio de documentos formalizados pelo governo e por meio da literatura sobre o tema. Nesse contexto, tornou-se importante conhecer o papel do PRP do INSS, em aprofundar o entendimento sobre a palavra “reabilitação” e como ela faz parte do contexto do retorno ao trabalho. Além disso, também foram abordados os pressupostos metodológicos e conceituais utilizados nesta tese: Ergonomia da Atividade, Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT).

### **2.1. CONTEXTO DO ESTUDO**

#### **2.1.1. Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT)**

As LER/DORT ocupam as primeiras colocações nas estatísticas de doenças relacionadas ao trabalho nos países industrializados.

A definição de LER/DORT, pelo Ministério do trabalho e Emprego (2008), refere-se a uma síndrome relacionada ao trabalho, que é resultado da sobrecarga e falta de tempo de recuperação do sistema osteomuscular. Sabe-se também que o desenvolvimento desta síndrome é multicausal e os fatores de risco são diversos.

LER/DORT designa os distúrbios musculoesqueléticos relacionados ao trabalho de origem multifatorial complexa. “(...) resulta de um desequilíbrio entre as exigências das tarefas realizadas no trabalho e as capacidades funcionais individuais para responder a essas exigências” (ASSUNÇÃO, VILELA, 2009, p. 20). Ainda segundo as autoras, as características da organização do trabalho são responsáveis pelos desequilíbrios, ou seja, pelas condições geradoras do adoecimento.

Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), as doenças relacionadas ao trabalho dividem-se em duas categorias: doença profissional e doença do trabalho ou relacionada ao trabalho. De acordo com essa classificação, doenças profissionais seriam as

doenças “inerentes” às atividades laborais, pois haveria exposição a seus agentes (há um agente causal específico, por exemplo, sílica que pode causar a silicose). Enquanto a categoria das doenças do trabalho ou relacionadas ao trabalho enquadra as afecções nas quais não se identifica apenas um agente causal, mas vários, entre os quais os do trabalho, por exemplo LER/DORT.

Segundo o Ministério da Saúde (2001), as terminologias mais utilizadas nas línguas inglesa e francesa são:

- Cumulative trauma disorder (CTD): mais usada nos EUA;
- Occupational cervicobrachial disorder (OCD): mais usada no Japão;
- Occupational overuse syndrome (OOS): mais usada na Austrália;
- Repetitive strain injury (RSI): principalmente na Austrália e Canadá;
- Lésions attribuables au travail répetitif: principalmente na França e Canadá;
- Work related musculoskeletal disorder (WMSD): terminologia cada vez mais utilizada no mundo.

Para uma melhor compreensão do contexto em que as LER/DORT foram inicialmente identificadas, suas possíveis causas, características e consequências, tem-se a seguir o desenvolvimento de itens sobre este tema. Por ser uma patologia cujo quadro clínico é diversificado (MAENO e WÜNSCH, 2010), algumas considerações serão feitas a partir de alguns autores sobre a doença, porém sem a pretensão de esgotá-la.

#### **2.1.1.1. Dados Históricos e Epidemiológicos das LER/DORT**

A intensa mudança que tem ocorrido na organização do trabalho nos últimos anos abre espaço para discussões relativas às novas relações de trabalho originárias dos processos de adoecimento, LER/DORT e dificuldades no retorno ao trabalho.

Desde a Antiguidade a dor relacionada ao trabalho é alvo de atenção, porém a evolução histórica das LER/DORT, já mencionadas por Ramazzini no século XVIII, pode ser entendida a luz de sucessivas transformações do processo e das relações de trabalho no decorrer da história (RIBEIRO, 1997). Nesse momento histórico são citadas as afecções dolorosas provenientes dos movimentos repetitivos das mãos por escribas e notários.

Com a Revolução Industrial e com a era do capitalismo torna-se claro que tais afecções são decorrência de um desequilíbrio entre as exigências das tarefas e as capacidades funcionais dos trabalhadores, visto que para alcançar a produção desejada eram necessários novos métodos de trabalho. Foram utilizadas várias tentativas na codificação do trabalho para tornar o modo de fazer controlado e reconhecido cientificamente. No entanto, foi a partir da segunda metade do século XX que o número de casos de LER/DORT teve relevância social (GRAVINA, 2002; BRASIL, 2012).

De acordo com Oliveira (1999), a atribuição de sintomas musculoesqueléticos a determinado trabalho começou no Japão, em 1958, em perfuradores de cartões, que se queixavam por dores regionais rotuladas inicialmente de Tenossinovite e depois como Síndrome Cervicobraquial.

Segundo Lin, et al. (2001), o Japão, nos anos de 1960 e 1970, sofreu com o aumento do número de LER/DORT em diferentes categorias profissionais, o que levou o Ministério do Trabalho a avaliar o problema.

A partir de 1973 estes sintomas receberam outra denominação: “Distúrbio Cervicobraquial Ocupacional” (OLIVEIRA, 1999).

Nos anos 80 ocorreu na Austrália uma epidemia de sintomas dolorosos na região cervicobraquial, que chegou a atingir cerca de 80% dos trabalhadores. Estes sintomas passaram a ser denominados “Repetitive Strain Injury” (RSI), termo utilizado na literatura ortopédica para descrever as lesões de corredores de longa distância. Lesão por Esforços Repetitivos (LER) é a tradução deste termo. Atualmente usa-se o termo “Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho” (DORT). Termo abrangente, que dispensa relação causal, não exige explicação quanto ao mecanismo de acometimento e relaciona-se ao trabalho (OLIVEIRA, 1999).

De acordo com Lin, et al. (2001), a Austrália, na década de 1980, apresentou epidemia de LER/DORT que se tornou conhecida mundialmente e demonstrou que existem outros fatores determinantes do adoecimento além dos físicos, incluindo os psicossociais. Recentemente este fenômeno se repetiu nos países escandinavos de modo expressivo. Ainda, segundo os autores, nos EUA as LER/DORT são considerados um grave e crescente problema de saúde pública.

Dentre estes diversos países que viveram epidemias de LER/DORT está o Brasil, que continua com problemas significativos, motivo de preocupação de autoridades governamentais, trabalhadores e empresas.

A síndrome de origem ocupacional, composta de afecções que atingem os membros superiores e pescoço, foi reconhecida no Brasil, inicialmente, pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), atual INSS (Instituto Nacional do Seguro Social), como doença ocupacional (Tenossinovite Ocupacional), a partir de 1987, em virtude da pressão social e incorporação do conhecimento sobre este conceito.

De acordo com o Ministério da Saúde (2001), no Brasil, a primeira referência oficial aos distúrbios do sistema musculoesquelético foi feita pela Previdência Social, com a terminologia Tenossinovite do Digitador, através da portaria nº 4.062, de 06/08/87.

Em 1992, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo publicou a resolução SS 197/92 já introduzindo oficialmente a terminologia “Lesões por Esforços Repetitivos” (LER), após amplo processo de discussão entre os mais diferentes segmentos sociais. Nesse mesmo ano, a Secretaria de Estado do Trabalho e Ação Social e a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais publicaram a resolução 245/92, baseada na resolução SS 197/92, de São Paulo. Em 1993 o INSS publicou sua Norma Técnica para Avaliação de Incapacidade para LER, baseada nas resoluções anteriormente citadas. O INSS publicou uma revisão de suas normas sobre LER, ampliando o conceito até então aceito e reconhecendo a etiologia da doença, além dos fatores biomecânicos e os fatores relacionados à organização do trabalho.

Com a revisão da Norma Técnica de Avaliação de Incapacidade (1991), em 1997 foi introduzida a expressão “Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho” (DORT).

Segundo Lin, et al. (2001), a denominação LER é limitada, pois induz a conclusão de que as lesões são causadas apenas por esforços repetitivos. Porém, sabe-se que os mecanismos biomecânicos são apenas um dos muitos fatores que contribuem. Dentre eles estão os fatores de natureza psicossocial. Por estas razões o termo mais recente e mais utilizado nos diagnósticos é DORT.

Em 1998, essas normas foram substituídas pela Ordem de Serviço INSS/DSS nº 606/98. Na revisão de sua Norma Técnica, a Previdência Social substituiu LER por DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), tradução escolhida para a

terminologia Work Related Musculoskeletal Disorders (WMSD). Vários autores preferem essa nomenclatura, por permitir reconhecimento de maior variedade de entidades mórbidas, bem definidas ou não, causadas pela interação de fatores laborais dos mais diversos. Deste modo, retiram a falsa ideia de que o quadro clínico se deve a apenas um fator de risco ou que haja, necessariamente, uma lesão orgânica, ou ainda, que se restrinja a uma só localização.

Em 29 de fevereiro de 2000, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo iniciou o processo de atualização da resolução SS197/92, que considerou não só a população segurada da Previdência Social, mas todos os trabalhadores do mercado formal e informal.

De acordo com o Ministério da Saúde (2001), no Brasil, os dados epidemiológicos da totalidade de trabalhadores afastados por acidente e LER/DORT estão disponíveis na Previdência Social e se referem apenas aos trabalhadores do mercado formal e com contrato trabalhista regido pela CLT. O número de acidentes de trabalho no Brasil com Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) registrado teve um aumento de 30% entre 1996 e 2007 (OIT, 2006, 2007, 2008). Esses dados tornam-se alarmantes quando se observa através de estimativa da Organização Internacional do Trabalho (OIT), que cerca de 50% dos trabalhadores brasileiros exercem suas atividades no mercado informal, cujos acidentes não são registrados.

A Base de dados Históricas da Previdência Social (2013) mostra a evolução do número de casos de afastamento com ou sem CAT de 1997 a 2013 (tabela 2). Os dados mostram que no ano de 2013 houve a ocorrência de 717.911 acidentes de trabalho: sendo que 432.254 típicos, 111.601 de trajeto; 15.226 doenças ocupacionais e, ainda, 158.830 acidentes sem CAT registrada.

Ainda na Base de dados históricos da Previdência Social (dados de 2013), o número de acidentes de trabalho por CID-M está entre os mais incidentes, com ou sem CAT registrada, como mostra a tabela 3. O número de casos com CID-M relacionado à doença do trabalho com CAT registrada foram de: M54 (Dorsalgia) 968 casos, M75 (Lesões do Ombro) 3.336 casos e M65 (Sinovite e Tenossinovite) 2.064. Sendo que, para os casos de CID-M sem registro de CAT, tem-se: M54 (Dorsalgia) 21.528 casos, M75 (Lesões do Ombro) 15.650 casos e M65(Sinovite e Tenossinovite) 8.367 casos.

Tabela 2: Número de casos de acidente/doença do trabalho no Brasil, entre 1997 e 2013.

Ano	Motivo/Situação				Total
	Típico-Com Cat	Trajeto-Com Cat	Doença do Trabalho-Com Cat	Sem Cat	
1997	347.482	37.213	36.648	0	421.343
1998	347.738	36.114	30.489	0	414.341
1999	326.404	37.513	23.903	0	387.820
2000	304.963	39.300	19.605	0	363.868
2001	282.965	38.799	18.487	0	340.251
2002	323.879	46.881	22.311	0	393.071
2003	325.577	49.642	23.858	0	399.077
2004	375.171	60.335	30.194	0	465.700
2005	398.613	67.971	33.096	0	499.680
2006	407.426	74.636	30.170	0	512.232
2007	417.036	79.005	22.374	141.108	659.523
2008	441.925	88.742	20.356	204.957	755.980
2009	424.498	90.180	19.570	199.117	733.365
2010	417.295	95.321	17.177	179.681	709.474
2011	426.153	100.897	16.839	176.740	720.629
2012	426.284	103.040	16.898	167.762	713.984
2013	432.254	111.601	15.226	158.830	717.911
{n class}	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>6.425.663</b>	<b>1.157.190</b>	<b>397.201</b>	<b>1.228.195</b>	<b>9.208.249</b>

Fonte: Aeps Infologo – Base de Dados Históricas da Previdência Social, 2013. Disponível em <http://www3.dataprev.gov.br/scripts10/dardoweb.cgi> Acesso em 29-03-2016.

Tabela 3: Quantidade de acidentes/adoecimentos relativos ao trabalho por CID, ano de 2013.

CID	2013				
	Típico-Com Cat	Trajeto-Com Cat	Doença do Trabalho-Com Cat	Sem Cat	Total
S61:Ferim do Punho e da Mao	63.622	1.565	82	3.569	68.838
S62:Frat ao Nivel do Punho e da Mao	33.006	6.501	85	9.981	49.573
S60:Traum Superf do Punho e da Mao	30.238	3.337	48	1.116	34.739
M54:Dorsalgia	10.000	1.757	968	21.528	34.253
S93:Luxac Entors Distens Artic Lig Niv Tornoz	18.738	8.415	60	2.413	29.626
S82:Frat da Perna Incl Tornozelo	7.838	9.409	71	7.556	24.874
S92:Frat do Pe	11.458	4.990	53	5.209	21.710
M75:Lesoes do Ombro	1.701	386	3.336	15.650	21.073
S80:Traum Superf da Perna	11.599	6.511	34	939	19.083
S52:Frat do Antebraço	7.581	5.354	45	5.269	18.249
S90:Traum Superf do Tornozelo e do Pe	13.026	3.397	30	671	17.124
S01:Ferim da Cabeça	11.317	1.339	10	181	12.847
S42:Frat do Ombro e do Braco	3.242	5.478	24	3.618	12.362
M65:Sinovite e Tenossinovite	1.586	287	2.064	8.367	12.304
S83:Luxacao Entorse Distensao Art Lig Joelho	6.053	2.173	95	2.662	10.983

Fonte: Aeps Infologo – Base de Dados Históricas da Previdência Social, 2013. Disponível em <http://www3.dataprev.gov.br/scripts10/dardoweb.cgi> Acesso em 29-03-2016.

De acordo com estatísticas da Previdência Social, as LER/DORT continuam sendo as causas mais frequentes de afastamentos dentre os agravos ocupacionais e se encontram nos diferentes ramos de atividade (BRASIL, 2013).

No que tange às questões epidemiológicas destaca-se que as LER/DORT têm origem multifatorial e o fato de apresentar a imprecisão diagnóstica dificulta o processo de associação entre o adoecimento e o histórico profissional do trabalhador que apresenta os sintomas (ANTUNES, 2003).

De acordo com Lima (1996), a epidemiologia social latino-americana entende a relação saúde-doença numa perspectiva histórico-social. Atualmente, segundo o autor, o máximo a que se aproxima a epidemiologia é a multicausalidade, onde uma pluralidade de fatores é utilizada para explicar a ocorrência de um efeito determinado. Nos anos 60, a multicausalidade consolidou-se quando as teorias monocausais revelavam-se impotentes frente aos problemas de saúde, que começaram a representar uma importante parcela dos gastos públicos.

Sato et al. (1993) afirmam que as causas da LER/DORT situam-se no contexto de trabalho. Portanto, não se trata exclusivamente do movimento repetitivo, mas trata-se de situar onde e como esses movimentos são realizados, ou seja, em que ritmo de tempo, em qual duração da jornada de trabalho, em que equipamentos são realizados, quais as pressões da chefia e dos colegas de trabalho.

A instrução normativa do Instituto Nacional de Seguridade Social - INSS (2003) usa a expressão LER/DORT para estabelecer o conceito de que esta síndrome não é fruto exclusivo dos movimentos repetitivos, mas pode ocorrer pela permanência prolongada de segmentos do corpo em determinada posição, além de fatores relacionados ao aspecto cognitivo do trabalhador na realização das atividades e pressão imposta pela organização do trabalho.

Takahashi (2006) afirma que dentre os modelos explicativos pode-se distinguir dois grupos: 1) o dos que atribuem a causalidade preponderantemente a fatores individuais e 2) o dos que atribuem o adoecimento, principalmente a fatores relacionados com a organização do trabalho. Para o primeiro grupo as causas das LER/DORT estão nos fatores intrapsíquicos do trabalhador, que envolve várias teorias, entre as quais os fatores relacionados ao trabalho

ocupam um plano secundário. Já no segundo grupo, as explicações sobre a gênese das LER/DORT consideram os fatores referentes à organização do trabalho.

Uma das explicações para a alta prevalência das LER/DORT, como foi abordado neste capítulo, tem sido explicada pelas transformações do trabalho e das empresas. Essas transformações têm se caracterizado pelo estabelecimento de metas e produtividade, considerando apenas suas necessidades (qualidade e competitividade de mercado), sem levar em conta os limites físicos e psicossociais dos trabalhadores (BRASIL, 2003). O trabalho manual, que se encontra em processo de significativa redução frente à introdução de novas tecnologias de automação e de informatização, não diminuiu os afastamentos pelas LER/DORT. Este fato tem gerado polêmicas e mobilizado sindicatos, trabalhadores, empresários, profissionais da área de saúde e o poder público, dada a extensão dos problemas e dificuldades para o seu diagnóstico e prevenção, além dos problemas relacionados à recuperação e inclusão no trabalho (LIMA, 1996).

Segundo Lima (1996), a literatura relacionada ao assunto em questão aponta uma extensa gama de fatores que podem ser reunidos em algumas categorias gerais:

- 1) Biomecânicos: postura, força, habilidade, compressão mecânica e repetitividade;
- 2) Fisiológicos: hormônios, defeitos congênitos, fragilidade do sexo feminino, estrutura ósteoarticular, obesidade, traumatismos anteriores, gravidez, estado geral de saúde, diabete, problemas oculares, altura, tamanho e forma do punho;
- 3) Psicológicos: estresse, atitude negativa em relação à vida, neurose por compensação (busca inconsciente de benefícios sociais), perfil psicológico, desprazer dentro e fora do trabalho;
- 4) Hábitos e atividades da vida extratrabalho: hobbies e atividades domésticas que exigem o uso dos membros superiores, dupla jornada da mulher, indumentária (uso de sutiã), tabagismo, alcoolismo, estilo de vida, uso de contraceptivos, estado civil, etc;
- 5) Organização do trabalho: pausas curtas ou inexistentes entre os ciclos de trabalho, pressão temporal, exigências e incentivos à produtividade, ritmo de trabalho imposto pela gerência ou linhas de montagem (esteiras), horas-extras, trabalho monótono e sem conteúdo,

sobrecarga de produção (provocados por picos de produção, gargalos, falta de programação; ou absenteísmo), estilo gerencial, falta de treinamento, etc;

6) Condições físicas e ambientais: posto de trabalho e ferramentas ergonomicamente incorretas, baixas temperaturas, vibrações.

De acordo com o Ministério da Saúde (2001), há possíveis motivos e teorias para tentar explicar a causa desse fenômeno social: 1) Mudanças na organização do trabalho; 2) Épocas diferentes, ou seja, mudam a prevalência, a proporção numérica e a importância social dos acometidos; 3) Mudança do perfil da população com consequente mudança do perfil de morbidade; 4) Mudança nos ramos de atividades e consequente mudança nos fatores de risco à saúde; 5) As LER/DORT entravam no rol das idiopatias e, só a partir de determinado momento, passaram a ser reconhecidas como doenças ocupacionais; 6) Maior divulgação de informação, portanto, maiores possibilidades de diagnóstico; 7) As diferenças entre LER/DORT e outras doenças ocupacionais facilitam a divulgação do problema; 8) A mudança do espaço social para expressão da dor crônica tem se ampliado.

Como já foi descrito, as LER/DORT apresentam como característica comum os diferentes fatores de risco em sua origem e seu caráter insidioso. As atribuições das demandas físicas se devem às organizações e aos fatores econômicos, que tem o poder de controlar a frequência e duração da exposição, pois estes fatores contribuem para a redução da incidência e gravidade do quadro (ASSUNÇÃO e VILELA, 2009).

Segundo Lin et al. (2001), entre outras causas das LER/DORT tem-se a fadiga crônica e as alterações metabólicas e nutricionais das fibras musculares relacionadas aos microtraumatismos e à inadequada reparação tecidual. Ainda segundo estes autores, apesar dos mecanismos que geram e perpetuam as LER/DORT não estarem esclarecidos, diversos fatores de risco geram processos de lesão/reparação teciduais e modificações adaptativas das estruturas relacionadas que, diante de traumas físicos e/ou emocionais, podem desencadear dor, incapacidade funcional e sofrimento psicoafetivo.

De acordo com o Ministério da Saúde (2001), a presença de um fator de risco no trabalho não é suficiente para desencadear as LER/DORT, ou seja, para o aparecimento desse distúrbio seria necessário certo grau de gravidade e conjunção de outros fatores como intensidade, frequência e duração.

Segundo Sato (2001), as LER/DORT expressam uma série de significados construídos na dinamização de processos sociais em meio a desafios e múltiplas questões, que abrangem conhecimentos e práticas dos trabalhadores, das gerências das empresas, movimentos sindicais e dos profissionais de saúde.

#### **2.1.1.2. O Adoecimento por LER/DORT e o Sofrimento/Dor**

As LER/DORT são afecções que se apresentam sob diferentes formas clínicas e com dimensões epidêmicas em várias categorias profissionais.

Segundo Maeno e Wunsch (2010), o quadro clínico inclui algumas características como formigamento, dor, dormência, peso, choque e fadiga precoce; com presença de entidades mórbidas ortopédicas conhecidas como tendinite, tenossinovite, sinovite e peritendinite; em particular de ombros, cotovelos, punhos e mãos, além de quadros mais difusos como cervicobraquialgia, distrofia simpático-reflexa ou síndrome complexa de dor regional.

A cronicidade das LER/DORT é reconhecida pelo Ministério do Trabalho e Emprego e pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1999; BRASIL, 2001; BRASIL, 2013), e desde 2004 são de notificação compulsória ao Sistema Nacional de Informações sobre Agravos de Notificação – Sinan (BRASIL, 2013). Também são reconhecidos pelo Ministério da Previdência Social para fins de concessão de benefícios acidentários (BRASIL, 2003; BRASIL, 2013).

De acordo com o Ministério da Saúde (2001), as LER/DORT apresentam as seguintes características:

- Indução por fadiga neuromuscular causada por: trabalho realizado em posição fixa (trabalho estático) ou com movimentos repetitivos somados à falta de tempo de recuperação pós-contração e fadiga;
- Variação do quadro clínico, incluindo queixas de dor, dormência, formigamento, choque, peso e fadiga precoce;
- Presença de tendinite, tenossinovite, sinovite, peritendinite, epicondilite, tenossinovite estenosante (DeQuervain), dedo em gatilho, cisto, síndrome do túnel do carpo, síndrome do túnel ulnar, síndrome do pronador redondo,

síndrome do desfiladeiro torácico, síndrome cervical ou radiculopatia cervical, neurite digital, entre outros;

- Quadros com repercussões mais extensas/generalizadas: mialgia, síndrome miofascial, síndrome da tensão do pescoço, distrofia simpático-reflexa, síndrome complexa de dor regional.

As LER/DORT dizem respeito a uma gama de doenças inflamatórias e degenerativas do aparelho locomotor, que entre elas Assunção e Vilela (2009) citam:

- As inflamações dos tendões dos antebraços, punhos, ombros para os trabalhos repetitivos e/ou que adotam postura estática;
- As mialgias, dores e perturbações funcionais dos músculos, principalmente, em trabalhadores que adotam posturas estáticas das regiões do ombro e pescoço;
- Compressão da inervação relativa à região do punho;
- Degenerações relativas à coluna cervical.

Segundo Assunção (2001), as LER/DORT expressam os efeitos das reações teciduais às pressões sofridas pelos tecidos moles, sendo que em alguns casos evoluem para um quadro de dor crônica e difusa, acompanhada ou não de humor deprimido. Portanto, para entender o perfil deste adoecimento, é importante explorar as condições de trabalho e abordar a dor nos seus componentes sensorial e emocional (ASSUNÇÃO e VILELA, 2009).

A dor apresentada pelas pessoas acometidas pelas LER/DORT pode ter variadas naturezas: inflamatória, degenerativa e neurológica (ASSUNÇÃO, 2001).

“Sentir dor e sofrer pela dor podem ser influenciados pelos acontecimentos do trabalho e aqueles em torno do paciente após o diagnóstico” (ASSUNÇÃO, 2001).

Os sinais clínicos para LER/DORT não são específicos e, geralmente, a dor é associada a um desconforto durante o processo do desenvolvimento da atividade de trabalho, com piora do quadro no fim da jornada e durante os picos de produção, sendo que a melhora é observada nos períodos de repouso ou férias (ASSUNÇÃO e VILELA, 2009).

De acordo com Assunção (2001), a maioria dos pacientes acometidos pelas LER/DORT refere-se, inicialmente, a um desconforto nos membros superiores e geralmente procuram a assistência médica somente quando a dor impede a realização das atividades.

Ainda segundo a autora, estas tendências associadas às dificuldades em transformar a situação de trabalho colocaram o trabalhador acometido por LER/DORT em situações nocivas que, para enfrentar os efeitos da dor, elaborou estratégias para compensar o membro afetado.

A gravidade associada à constatação da migração da dor e os diferentes diagnósticos podem ser atribuídos às tentativas de compensação física das limitações devidas a dor (ASSUNÇÃO, 2001). A autora ainda afirma que as características da dor nos pacientes com LER/DORT dão lugar a polêmicas, visto que existem casos onde a queixa de dor aparentemente não se explica pela lesão detectável ou quando a dor é associada a uma lesão que, teoricamente, seria insuficiente para explicar a intensidade do sintoma.

De acordo com Lin, et al. (2001), após o tratamento, a completa eliminação da dor muitas vezes não é possível, principalmente naquelas pessoas com dor crônica e afecções estruturadas. Ainda segundo os autores, nem sempre há correlação entre o controle da dor e qualidade de vida do trabalhador após as LER/DORT.

Mesmo com o controle da dor e com a melhora da qualidade de vida do trabalhador, verifica-se que as consequências do distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho apresenta significativos reflexos sobre a sua vida, como será discutido no item a seguir.

### **2.1.1.3. As Consequências Biopsicossociais da Doença Osteomuscular**

As repercussões biopsicossociais das LER/DORT são inúmeras, pois causam dor crônica, incapacidade física, impactos legais (como acidente do trabalho), sociais (como afastamento temporário), econômicas (como redução salarial) e psicológicas (como depressão e redução da autoestima), que necessitam de um amplo enfoque, o que reforça uma abordagem da saúde de maneira mais ampla e não apenas física (LIN et al. 2001).

De acordo com a Norma Técnica sobre Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT, iniciativa da Divisão de Perícias Médicas do INSS, com a efetiva participação de representantes da Perícia Médica, Reabilitação Profissional, do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS; Delegacia Regional do Trabalho em São Paulo - DRT/SP - MTb e Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho - Fundacentro/MTb; Centro de Referência de Saúde do Trabalhador; Confederação Nacional das Indústrias - CNI; Central Única dos Trabalhadores - CUT e Universidade de Campinas – Unicamp:

“O estigma criado em torno da LER contribui para que o paciente tenha receio em recorrer à assistência médica, a não ser quando já se encontra com dificuldade de manter o ritmo de trabalho. Somado a esta situação, o paciente enfrenta o afastamento do trabalho, o que significa geralmente perda econômica e afastamento do círculo que lhe é habitual e no qual tem um papel definido socialmente.” (SEÇÃO I)

De acordo com Sato et al. (1993), o sofrimento vivido pelos trabalhadores acometidos por LER/DORT está associado ao sentimento de culpa e revolta por ter adquirido a doença, à impossibilidade de retornar aos afazeres anteriormente assumidos e à incerteza da melhora e da cura.

Segundo Maeno e Wunsch (2010), o fato da dor causada pela LER/DORT não ter correspondência com alterações físicas visíveis levaram, muitas vezes, à descrença em relação à existência de doença pelos familiares e, conseqüentemente, à expectativa de que as trabalhadoras assumissem as tarefas domésticas, trabalho socialmente desvalorizado. Esta é a percepção dos autores a partir de pesquisa que demonstrou a dificuldade das trabalhadoras com LER/DORT em compartilhar a dor e o desconforto de estar em casa.

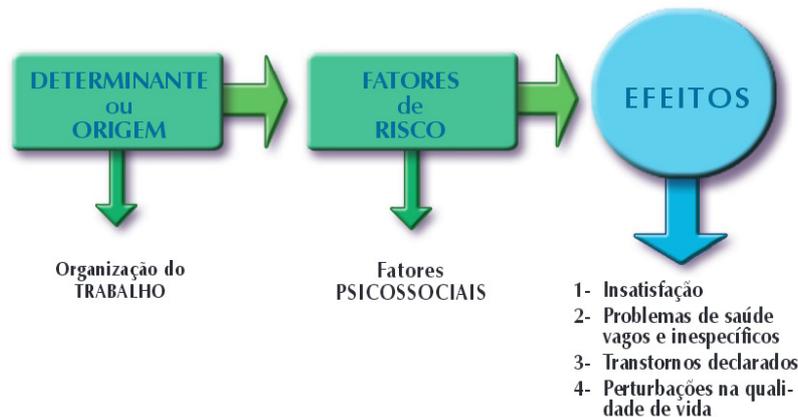
“A perda do emprego formal significava, simultaneamente a ruptura com um contexto social que afirmava e reafirmava o trabalhador respeitado e valorizado pela sociedade, passar por um processo de reelaboração da sua identidade” (MAENO E WÜNSCH, 2010, p. 60).

De acordo com Takahashi (2006), os sintomas e limitações funcionais da LER/DORT trazem impactos importantes nas atividades da vida diária, como mostra em sua pesquisa com trabalhadores que relataram como a incapacidade “(...) invade os vários domínios da vida, das tarefas domésticas ao autocuidado e cuidado com os filhos, das atividades de lazer aos relacionamentos sociais e afetivos” (TAKAHASHI, 2006, p.198).

As perdas causadas pelas LER/DORT são incalculáveis, visto que são causa de perdas financeiras e de qualidade de vida dos doentes. Além disso, devido à dor e incapacidade, as possibilidades de retorno ao trabalho ficam mais remotas (LIN, et al., 2001).

Este conjunto de fatores refere-se à percepção dos trabalhadores sobre os aspectos organizacionais, portanto: “Está estabelecido o papel dos fatores psicossociais no desencadeamento dos sintomas e na evolução dos casos” (ASSUNÇÃO e VILELA, 2009, p. 23).

Ainda segundo as autoras, o estresse organizacional (pressão temporal por produtividade, por exemplo) é um determinante que modifica o comportamento dos trabalhadores, que teriam como reação trabalhar mais, utilizando-se de força excessiva, com aumento da tensão muscular ou reduzindo o tempo de pausa (figura 1).



**Figura 1: Esquema ilustrativo da relação entre organização do trabalho, fatores psicossociais e efeitos sobre a saúde. Fonte: ASSUNÇÃO, VILELA (2009, p. 39).**

Além disso, existe o preconceito e discriminação por parte das chefias e colegas de trabalho, o que aumenta os sentimentos de vergonha e culpa. Essas situações são transtornos que são criados em torno do adoecimento pelas LER/DORT indicado por autores como Ribeiro (1999), Martins e Assunção (2002) e Alves (2004). Dentre as principais dificuldades encontradas pelos trabalhadores acometidos pela doença osteomuscular são os sentimentos de exclusão; raiva e culpa pelo adoecimento; ansiedade e descrença da cura diante da ineficácia de muitos tratamentos, além do medo da evolução da doença.

O trabalho em equipe nem sempre é tranquilo para aquele que foi afastado por doença ou acidente no trabalho, visto que a identificação da doença tem atribuído ao doente o papel de incapaz, tomando como parâmetro de saúde a capacidade para o trabalho. “A doença, como inutilidade, toma o papel avesso, do reverso e até, no limite, da morte social” (VERTHEIN, GOMEZ, 2000, p. 115).

Segundo Takahashi (2006), os desequilíbrios emocionais são frequentemente gerados por situações especiais de trabalho, principalmente quando se trata do afastamento do trabalho e no estabelecimento de relações sociais discriminatórias.

De acordo com Lancman et al. (2010), partindo do pressuposto de que o trabalho é a constituição identitária dos indivíduos, existe um impacto que vai além das repercussões já citadas, que diz respeito aos impactos psíquicos do não-trabalho.

Baumann (2005) fala da identidade estigmatizada, visto que enquanto alguns, de acordo com suas próprias vontades, modificam suas identidades, outros não têm, nem sequer, o direito de se manifestar e são oprimidos por identidades impostas por outros. Assim, no contexto em discussão, o sujeito deixa de ser o trabalhador para ser o reinserido.

A resistência do trabalhador em aceitar a doença, gerada pelos inúmeros motivos já citados, concebe a “síndrome” do afastamento com dificuldade de acomodação a um novo modo de viver, às possibilidades de reabilitação profissional e de retorno ao trabalho (ROSSI, 2008).

Portanto, a LER/DORT provoca uma desorganização na identidade construída pelo indivíduo e, conseqüentemente, nas relações sociais decorrentes do trabalho que exerce.

### **2.1.2. A Reabilitação para o Trabalho**

Considera-se importante a compreensão do conceito, alguns aspectos históricos e espaços institucionais existentes da reabilitação, que é caminho pelo qual o trabalhador que se afasta precisa trilhar para encontrar novos meios e possibilidades de reinserção no trabalho.

A princípio entende-se que a reabilitação depende da participação dos diferentes atores sociais: cliente, cuidador(es), profissional(is) responsável(eis), empresa, enfim, todos que estiverem envolvidos no processo, cada um com seu papel.

A Organização Internacional do Trabalho - OIT (1954) definiu a reabilitação como: “conjunto de medidas físicas, mentais, sociais, profissionais e econômicas que objetivava o desenvolvimento da capacidade do indivíduo deficitário de modo que esteja apto para, por si só, prover sua própria subsistência” (SOARES, 1991, p.111).

Segundo Takahashi (2006), as práticas de reabilitação sofreram a influência da concepção sóciomédica da incapacidade emergente nos anos de 1970, de maneira que os profissionais atuantes começaram a perceber que os problemas de incapacidade estão além da dimensão individual, ou seja, também estão inseridos em um contexto social.

O relatório mundial sobre deficiência da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2011) define reabilitação como “um conjunto de medidas que ajudam pessoas com deficiências, ou prestes a adquirir deficiências, a terem e manterem uma funcionalidade ideal na interação com seu ambiente” (OMS, 2011, p.100). Esta definição indica que a reabilitação envolve muito mais que a restauração da capacidade funcional-fisiológica para exercer uma atividade, que se estende aos aspectos psicossociais do sujeito em questão.

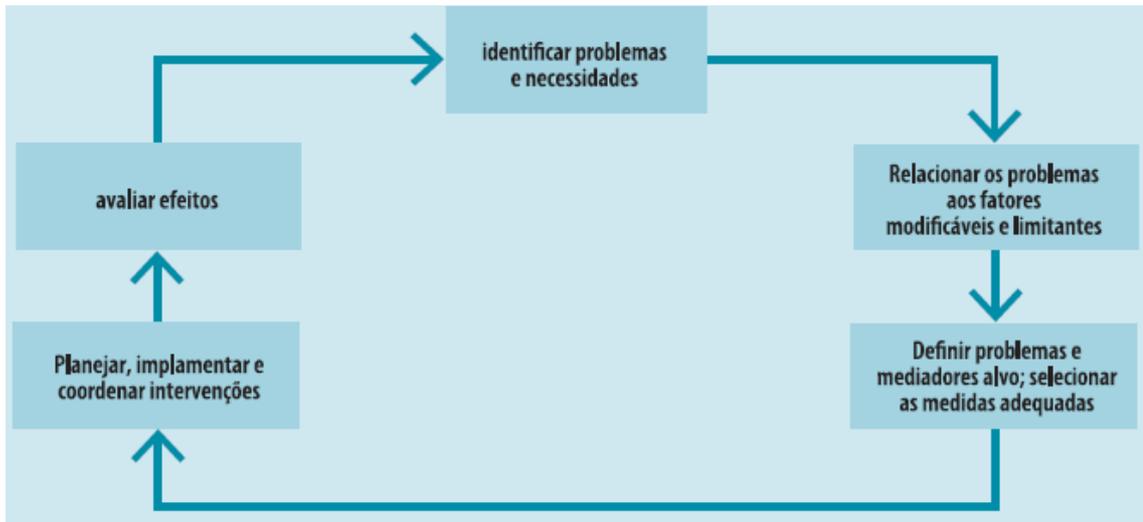
De acordo com Scaranello (2006), a reabilitação constitui-se em uma proposta que busca meios que permitam o máximo desenvolvimento de toda pessoa que foi acometida por algum tipo de limitação.

“As medidas de reabilitação visam às funções e estruturas corporais, atividades e participação, fatores ambientais e pessoais” (OMS, 2011, p. 99), que contribuem para que a pessoa alcance e mantenha a funcionalidade, interagindo com seu ambiente e utilizando a:

- prevenção da perda funcional;
- redução do ritmo de perda funcional;
- melhora ou recuperação da função;
- compensação da função perdida;
- manutenção da função atual.

A reabilitação acontece durante um período de tempo e envolve diferentes intervenções, simples ou múltiplas, realizadas por equipe multiprofissional. Além disso, ela também pode ser necessária desde a fase aguda até as fases pós-aguda e de manutenção, ou seja, de retorno (OMS, 2011).

Para que haja reabilitação, segundo a OMS (2011), deve haver a identificação dos problemas e necessidades da pessoa, o relacionamento dos transtornos aos fatores relevantes relacionados ao indivíduo e ao ambiente, além da definição de metas de reabilitação, planejamento, implantação de medidas e avaliação de seus efeitos, como mostra a figura 2.



**Figura 2: Reabilitação. Fonte: OMS, 2011.**

Os resultados são avaliados diante do desempenho da pessoa frente às diversas áreas, entre elas a comunicação, autocuidados, mobilidade, trabalho, educação e qualidade de vida. Além disso, os resultados podem ser avaliados por meio de programas que incluem pessoas, ou seja, que recebem pessoas que retornam as suas casas ou comunidades, que possuem índices de independência, índices de retorno ao trabalho e horas gastas em busca de lazer (OMS, 2011).

A OIT tem avançado em seus estudos e na definição da reabilitação nas últimas décadas. Ela afirma que além da possibilidade que a pessoa incapacitada tem em obter e conservar o emprego, ela deve ter condições de progredir no mesmo.

Soares (1991) explica que, historicamente, a reabilitação aconteceu em decorrência da existência de incapacitados da Primeira e Segunda Guerras Mundiais e do avanço das práticas da medicina. Em 1940 começaram a surgir profissionais que se ocuparam em atender essa população necessitada, a partir do movimento internacional de reabilitação.

“(…) o movimento de reabilitação existiu em função das falhas nas instituições sociais, família, escola e medicina organizada. A independência, possibilitada pelos programas de reabilitação, a vantagem econômica para a sociedade e o aumento no número de pessoas incapacitadas pelo próprio avanço da ciência, impulsionados pelos veteranos de guerra incapacitados, transformaram a reabilitação no terceiro setor de atenção à saúde, praticada a partir da instalação da incapacidade (por deficiências congênitas, moléstias crônicas, acidentes de trabalho, de trânsito, domésticos ou pelas doenças ocupacionais)” (MOSEY, *apud* SOARES, 1991, p.107).

Ainda segundo a autora, a história da humanidade demonstra que a necessidade de reabilitação tem sido determinada pelo modelo econômico, que absorve parte dos incapacitados, de acordo com o momento em que se encontra a economia.

No Brasil, as primeiras instituições especializadas no atendimento de pessoas com incapacidades físicas, sensoriais ou doenças mentais foram fundadas na segunda metade do século XIX. Na segunda metade do século XX surgem os primeiros serviços de reabilitação que se estabeleceram em alguns hospitais gerais e psiquiátricos, posteriormente pelas entidades beneficentes para o deficiente e dos programas de reabilitação profissional efetivados em alguns institutos da Previdência Social (SOARES, 1991).

#### **2.1.2.1. Estrutura da Reabilitação profissional na Previdência Social**

No Brasil, a reabilitação profissional está prevista na Constituição que introduziu o conceito de seguridade social no título VIII, art. 193, tendo como base o reconhecimento do valor do trabalho e como objetivo o bem-estar e a justiça social. Para que os trabalhadores possam participar do mercado de trabalho e do contexto em que vivem, o PRP do INSS deve proporcionar os meios de readaptação profissional e social, serviço este, integrado ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), com exceção dos serviços de reabilitação física (BRASIL, 1988).

De acordo com Ferreira (2001), em 1960, quando foram criados os Centros de Reabilitação Profissional, o processo incluía a assistência médica e reabilitação física. A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), Lei nº 8080/90 e com a extinção do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), a assistência médica passou a ser de responsabilidade dos Estados e Municípios. O serviço de reabilitação profissional continuou fazendo parte do INSS, no entanto, com a exclusão dos serviços de reabilitação física.

A partir da concretização dessas mudanças, mediante publicação do Decreto nº 2.172/97 e da Resolução /INSS/PR nº 424/97, foram definidas as funções da reabilitação profissional, como: avaliação e definição da capacidade laborativa residual; orientação e acompanhamento da programação profissional; articulação junto à comunidade com vistas ao reingresso no mercado de trabalho; acompanhamento e pesquisa da fixação no mercado de trabalho (FERREIRA, 2001).

Takahashi (2006) aponta que o desmonte da rede nacional de serviços de reabilitação profissional do INSS teve importantes consequências: a) a desativação dos CRP(s) (Centros de Reabilitação Profissional) e NRP(s) (Núcleos de Reabilitação Profissional) do INSS; b) a desarticulação de suas equipes multiprofissionais; c) a evasão de profissionais através da aposentadoria proporcional e dos PDV(s) (Planos de Demissão Voluntária); d) a situação de um número reduzido de profissionais: assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, e outros, que “atuam como Orientadores Profissionais, realizando um trabalho restrito, coadjuvante da Perícia Médica do INSS” (TAKAHASHI, 2006, p. 224).

Ainda a autora considera que a avaliação do médico perito, por um ângulo exclusivamente médico, será sempre uma avaliação limitada a aspectos físicos, ou seja, insuficiente para a avaliação do potencial de uma pessoa que também integra as dimensões mentais, sociais e profissionais, portanto, defende a necessidade de atuação de uma equipe multiprofissional.

Para Ferreira (2001), a separação entre os serviços de reabilitação física e profissional só foi positiva do ponto de vista institucional e administrativo, visto que trouxe importantes consequências para os trabalhadores, já que o SUS (Sistema Único de Saúde), em alguns locais, não consegue atender a demanda. Além disso, considera que o cumprimento das funções básicas dos programas de reabilitação profissional fica comprometido pela falta da reabilitação física e o serviço de reabilitação do INSS não está preparado para atender a demanda potencial existente. Por isso, ainda segundo a autora, a reabilitação profissional não tem alcançado um retorno efetivo dos beneficiários atendidos em razão da falta de investimento na capacitação de recursos humanos, da disponibilização de recursos técnicos e da reorganização da rede de atendimento.

Com o objetivo de suprir as limitações do processo de Reabilitação Profissional, o INSS publicou a Orientação Interna nº 116 INSS/DIRBEN, de 25/06/2005, para concretizar as alterações propostas nos serviços de reabilitação previstos na Lei 8.213 de 24/07/91. A partir dos quais as Unidades Técnicas de Reabilitação Profissional (UTRP) do INSS podem estabelecer parcerias com entidades públicas ou privadas para prestação de serviços, por delegação ou cooperação técnica, sob a coordenação e supervisão dos órgãos competentes do INSS, nas seguintes modalidades: “a) atendimento nas áreas de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e psicologia; b) atendimento, preparação e treinamento para uso de prótese; c) melhoria de escolaridade (alfabetização e elevação do grau de instrução); d)

avaliação e treinamento profissional; e) capacitação para reingresso no mercado de trabalho; f) desenvolvimento de cursos profissionalizantes; g) disponibilização de áreas e equipamentos para instituições/entidades/órgãos com atendimento prioritário à clientela da reabilitação profissional; h) estágios curriculares e extracurriculares para alunos em graduação; i) fiscalização do cumprimento da reserva de vagas nas empresas (art.93, da lei 8.213/91) pelo Ministério do Trabalho; j) homologação do processo de (re) habilitação de pessoas portadoras de deficiência não vinculadas ao RGPS (Regime Geral da Previdência Social); l) homologação de readaptações realizadas por empresas.”

O serviço oferecido pelo INSS à reabilitação profissional recebe o nome de Programa de Reabilitação Profissional, sendo que seu escopo de ação não abrange a reabilitação dos trabalhadores no aspecto clínico (que continua sob responsabilidade do SUS), mas tem por objetivo proporcionar aos indivíduos incapacitados para o trabalho os meios de reeducação e readaptação profissional, visando o retorno ao mercado de trabalho (BRASIL, 2013; LANCMAN, et al., 2013).

A Resolução 118 INSS/PRES de 04/11/2010, em consonância com a legislação previdenciária, diz que as Unidades e órgãos descentralizados do INSS (Superintendências Regionais ou GEX) poderão fazer acordos de cooperação técnica, no âmbito da Reabilitação Profissional, com entidades públicas ou privadas e sem ônus para os partícipes (trabalhadores incapacitados), para prestação dos seguintes serviços (acordos de cooperação técnica):

1. Atendimento especializado;
2. Avaliação e elevação do nível de escolaridade;
3. Avaliação e treinamento profissional;
4. Promoção de cursos profissionalizantes;
5. Estágios curriculares e extracurriculares para alunos graduados;
6. Homologação do processo de habilitação ou reabilitação de PcD;
7. Homologação de readaptação profissional.

A fundamentação legal para a prestação desse serviço está disposta na Constituição Federal de 1988, artigo 203, incisos II e IV; Lei 8.213/91, artigos 89 a 93; Decreto nº 129/91 – que promulga a Convenção 159 da OIT, de 1º de junho de 1983; Decreto nº 3.048/99, artigos 136 a 141 e alterações; Decreto nº 4.729/2003, art. 137, inciso III (BRASIL, 1988).

Segundo o Ministério da Previdência Social, o Programa de Reabilitação Profissional visa a:

“Combinação entre a assistência em saúde que dê suporte ao reabilitando nas suas limitações e o apoio nas suas habilidades, a reabilitação profissional que o estimule nas suas competências, forneça formação/capacitação e o **acompanhe** no seu processo de retorno a uma atividade compatível com suas necessidades e a sua **reinserção social** que garanta recursos e informações para a integração do reabilitado em seu meio ambiente físico, social, cultural e familiar, com acesso aos seus direitos essenciais, enquanto cidadão” (BRASIL, 2015, s/p). (grifo da autora)

De acordo com o Ministério da Previdência Social, são pressupostos da Reabilitação Integral:

1. Todo trabalhador tem direito a um trabalho saudável, compatível com suas capacidades e potencialidades;
2. A Reabilitação Profissional depende de políticas macroeconômicas que privilegiem a vida, o trabalho, a saúde e o meio ambiente;
3. A Reabilitação Profissional é uma ação de Seguridade Social Ampliada, ações integradas de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar Saúde, Previdência, Assistência Social, Educação, Direitos Humanos, Cultura, Esporte, Trabalho e Emprego;
4. As instituições públicas e privadas, empregadores e trabalhadores, possuem papéis específicos;
5. Os serviços e programas de (re)habilitação deverão ser prestados precocemente, incentivando a participação e a inclusão na comunidade e nos aspectos da vida social;
6. O território precisa ser considerado enquanto espaço de referência para o processo de (re)habilitação Profissional;
7. O processo de (re)habilitação Profissional é uma ação interdisciplinar e deve acontecer por meio de equipes multiprofissionais, com vistas a ampliar a percepção individual e a dimensão coletiva;
8. A Reabilitação Profissional deve contribuir para a prevenção de riscos ocupacionais e para a promoção à saúde nos ambientes de trabalho, por meio de ações integradas de vigilância em saúde e do estímulo à participação dos trabalhadores e ao controle social;
9. A equipe de Reabilitação Profissional deve **reconhecer as capacidades e potencialidades de cada trabalhador**. O reabilitando é um sujeito ativo, capaz de encontrar soluções para suas circunstâncias, dotado de vontade própria e deve ser apoiado no exercício de sua autonomia;
10. O acesso à informação é um direito fundamental e deve estar pautado na ética, na acessibilidade, na celeridade, na uniformização e na transparência dos processos e protocolos.
11. A Reabilitação Profissional **deve utilizar a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF**, da OMS, agregando ao reconhecimento biológico os aspectos psicossociais e profissionais, bem como

identificar as barreiras e os facilitadores capazes de superar as dificuldades” (BRASIL, 2015, s/p).

O total de agências da Previdência Social no Brasil atualmente é de 1.532, sendo que o total de servidores da Previdência Social (ativos) é de 39.000. Existem cinco superintendências regionais, como mostra tabela 4 (BRASIL, 2015):

**Tabela 4: Agências da Previdência Social**

Superintendência Regional	SRI Sudeste I	SRII Sudeste II	SRIII Sul	SRIV Nordeste	SRV Norte/Centro Oeste	
Gerências Executivas	23	22	19	23	17	
Agências da Previdência Social	243	318	237	460	242	
Total de Servidores	7608	9163	6109	10534	5496	
População	Urbana	39.585.251	35.110.927	23.260.896	38.821.246	24.147.472
	Rural	1.676.948	3.991.284	4.125.995	14.260.704	5.775.076

Fonte: DGARO/INSS - Nov/2003 (BRASIL, 2015)

No entanto, o total de Agências com serviços de Reabilitação Profissional no INSS é de 703, sendo 456 equipes fixas e 247 equipes volantes (figura 3).



**Figura 3: Gerências do INSS com Reabilitação Profissional. Fonte: DGARO/INSS - Nov/2003 (BRASIL, 2015)**

O total de servidores nos serviços de Reabilitação Profissional corresponde a 1.085 servidores, sendo que 05 no cargo de Representante Técnico (RET), 103 no cargo de Responsável Técnico (RT), 901 no cargo de Responsável pela Orientação Profissional (ROP), 76 no cargo de Perito Médico Exclusivo da RP (BRASIL, 2015).

O número de trabalhadores reabilitados pelo PRP do INSS em novembro de 2013 e junho de 2014 foi de 16.711 e 7.525 como mostra a tabela 5 (BRASIL, 2015).

**Tabela 5: Número de trabalhadores reabilitados pelo PRP do INSS**

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL	ANO 2013	ANO 2014
	NOVEMBRO	JUNHO
Segurados Registrados	53.843	23.275
Segurados Elegíveis	34.642	14.486
Segurados Reabilitados	16.711	7.525
Aguardando Avaliação	32.374	-

Fonte: DGARO/INSS - Nov/2003 (BRASIL, 2015)

#### **2.1.2.1.1. O Processo de Reabilitação Profissional no Brasil**

De acordo com o Artigo 136, do Decreto 3.048/99 da Previdência Social, a reabilitação profissional é um serviço da Previdência Social, prestado pelo INSS, com o objetivo de proporcionar os meios de reeducação ou readaptação profissional para o retorno ao trabalho dos trabalhadores incapacitados (segurados) por doença ou acidente.

O segurado encaminhado ao Programa de Reabilitação Profissional, após a avaliação médico-pericial, deve, independentemente da idade e sob pena de suspensão do benefício, submeter-se ao programa, que é prescrito e custeado pela Previdência Social, portanto, não exige tempo mínimo de contribuição para que o segurado tenha direito.

A partir da detecção da doença, o trabalhador recorre ao médico do trabalho ou ao médico-assistente. O mesmo fornece 15 dias de licença por conta da empresa. A partir do 15º

dia de licença, a responsabilidade passa a ser da Previdência Social. O trabalhador recorre à Previdência Social, Seção de Benefício de Auxílio-Doença e entra com o pedido (lei 8.213 de 24/07/1991, art. 1º, inciso II).

Art. 59. O auxílio-doença será devido ao segurado que, havendo cumprido, quando for o caso, o período de carência exigido nesta Lei, ficar incapacitado para o seu trabalho ou para a sua atividade habitual por mais de 15 (quinze) dias consecutivos.

Art. 60. O auxílio-doença será devido ao segurado empregado a contar do décimo sexto dia do afastamento da atividade, e no caso dos demais segurados, a contar da data do início da incapacidade e enquanto ele permanecer incapaz.

§ 4º A empresa que dispuser do serviço médico, próprio ou em convênio, terá a seu cargo o exame médico e o abono das faltas correspondentes ao período referido no § 3º, somente devendo encaminhar o segurado à perícia médica da Previdência Social quando a incapacidade ultrapassar 15 (quinze) dias.

Cabe aos médicos peritos avaliar o caso de cada trabalhador para identificar se o adoecimento tem relação ou não com a atividade de trabalho. Para isso são realizados a análise técnica do posto de trabalho e o nexu técnico epidemiológico.

O resultado dessas avaliações indicará se o trabalhador participará ou não do Programa de Reabilitação Profissional. É considerado inelegível quando o trabalhador não necessita passar pelo programa porque tem condições de retorno direto ao trabalho; quando ainda necessita de tratamento e não apresenta condições suficientes para retornar ao trabalho (ROSSI, 2008).

A partir dos resultados das avaliações e encaminhamento para o Setor de Reabilitação Profissional, o técnico entra em contato com a empresa de vínculo, juntamente com o trabalhador, para solicitar uma vaga em um novo posto de trabalho. Nesse contato são dadas algumas instruções/restrições que a empresa deverá cumprir, tais como respeito às pausas compensatórias; restrição a posturas forçadas; não manter o trabalhador em postura estática ou sentado por muito tempo.

Durante o processo de reabilitação, o INSS poderá fornecer os recursos materiais necessários à reabilitação profissional, como próteses, órteses, taxas de inscrição e mensalidade de cursos profissionalizantes, alimentação, transporte, entre outros recursos.

Após a conclusão do processo de reabilitação profissional, o INSS emite um certificado indicando a atividade para a qual o trabalhador foi capacitado profissionalmente,

“sem prejuízo do exercício de outra para a qual se julgue capacitado”. Caso o trabalhador não seja reabilitado, será aposentado por invalidez pelo médico perito. Se houver sequelas, receberá o auxílio-acidente (seguro previdenciário), pago pela incapacidade laborativa.

Com o certificado do INSS, o trabalhador poderá preencher as vagas criadas pela Lei nº 8.213/91 (Lei de Cotas) nas empresas.

Encerrada a reabilitação profissional, também é encerrado o processo de benefício (pagamento mensal realizado pelo INSS), visto que com o retorno a empresa assume o funcionário.

### **2.1.2.2. Limites do Programa de Reabilitação Profissional e o retorno ao trabalho**

As intensas mudanças que o mundo do trabalho tem sofrido nos últimos anos, como na organização da produção, na organização do trabalho, com as novas tecnologias e o processo de globalização abrem espaços para novos processos de adoecimento, novas dificuldades para a reabilitação e retorno ao trabalho.

Segundo Toldrá et al. (2010), vale conhecer a organização do trabalho decorrente de um conjunto de fatores relativos às novas formas de divisão do trabalho e os seus reflexos sobre a saúde do trabalhador. Esse conhecimento pode ser a via para se pensar em tratamento clínico, reabilitação profissional, a intervenção nos ambientes de trabalho e a reinserção.

De acordo com Rossi (2008), na atualidade, a Reabilitação Profissional oferecida pelo INSS enfrenta dificuldades por causa da grande demanda, frente ao reduzido corpo de profissionais especializados, além da dificuldade financeira nos programas de reabilitação. Ainda segundo a autora, se a empresa tivesse uma abordagem de integração com o INSS, facilitaria o retorno do trabalhador. Segundo Arnetz et al. (2003), Lancman et al. (2010) e Costa-Black (2011), quanto maior o tempo de afastamento, menor a probabilidade de retorno e permanência no trabalho.

Além dos problemas relacionados acima, segundo Lancman et al. (2013), existe uma lentidão para a realização das perícias médicas do INSS e, conseqüentemente, para o encaminhamento de casos para o Programa de Reabilitação Profissional, que, por sua vez, possui fila de espera para o atendimento. Ainda segundo os autores, deve-se destacar a

importância das ações dos empregadores, que muitas vezes não tem o retorno ao trabalho como eixo de ação.

Nos casos pesquisados por Toldrá et al. (2010), na cidade de São Paulo, o programa de reabilitação profissional vigente não foi efetivo, visto que os trabalhadores não tiveram a experiência de realização de cursos para a capacitação profissional e não houve negociações do INSS com a empresa para a reintegração destes. Houve o envio do ofício relatando a incapacidade e solicitando a readaptação com ausência de ações presenciais.

De acordo com Toldrá et al. (2010), geralmente, quando os trabalhadores retornam ao trabalho são, muitas vezes, colocados em funções incompatíveis com o seu quadro clínico-funcional e/ou com sua formação e qualificação profissional ou são deixados à margem do processo produtivo “encostados”, o que reforça as experiências de fracasso.

Segundo Maeno, Takahashi e Lima (2009), não se identificam, ainda, por parte do Ministério da Previdência Social, propostas que incluam quesitos importantes para a efetiva reabilitação profissional com efetiva inclusão ou retorno do trabalhador ao ambiente social de trabalho.

Estudos revelam importante falha a ser preenchida por políticas públicas em saúde do trabalhador. A demanda por reabilitação profissional é alta e somente é contemplada com políticas intersetoriais, com cooperação técnica e acordo entre os envolvidos no processo de retorno ao trabalho (SALDANHA et al., 2013).

Quando as pessoas são excluídas do trabalho temporária ou permanentemente por alguma incapacidade, muitas vezes ficam privadas de suas prerrogativas de integração socioeconômica obtida pelo trabalho ou pelo principal local de autorrealização. Mesmo que as condições não pareçam favoráveis à inclusão de pessoas com incapacidade no trabalho, existe o valor efetivo da adaptação do trabalho à capacidade das pessoas, o que garante saúde individual e coletiva (TRUDEL, 2004).

Segundo Feuerstein et al. (2003), apesar do desconforto e limitações funcionais, 1/3 dos trabalhadores com distúrbios musculoesqueléticos em membros superiores não são capazes de retornar ao trabalho normal, mas podem executar um trabalho modificado.

De acordo com Lancman et al. (2013), o retorno deve acontecer para a mesma função de origem ou em função compatível com a condição de saúde e capacidade laborativa do indivíduo, sendo que o sucesso ou o fracasso desse processo depende de vários aspectos, como organização do trabalho, relações interpessoais, capacidade laborativa e capacitação profissional.

Ainda de acordo com os autores, o êxito no retorno e permanência no trabalho está relacionado com o envolvimento de diversos órgãos, campos, atores sociais e profissionais, que devem direcionar suas atuações em torno de um eixo comum e predefinido coletivamente. Caso contrário, os trabalhadores são direcionados para postos de trabalho incompatíveis com suas capacidades laborais, formações e qualificações ou são deixados à margem do processo produtivo.

Quando as pessoas são afastadas do trabalho temporariamente, por alguma incapacidade provocada pela atividade de trabalho, em particular DORT, muitas vezes ficam privadas de suas prerrogativas de inclusão no local de trabalho.

Segundo Takahashi (2006), a reabilitação profissional sozinha não garante as melhorias necessárias para o retorno ao trabalho. Ainda, segundo a autora, a efetividade deste programa depende de políticas econômicas que privilegiem, além do crescimento econômico, também o trabalhador, a prevenção nos ambientes de trabalho, a assistência em saúde e as intervenções, no processo de reabilitação profissional dentro da empresa.

Para Simonelli et al. (2010), a falta de um trabalho integrado entre empresa e órgão público identifica a precariedade no tratamento dado para as questões relativas à saúde e trabalho, na medida em que o poder público trata de maneira dissociada estes aspectos que são inseparáveis.

No Plano de Trabalho 2014-2018 do INSS para o Programa de Reabilitação Profissional estão previstas a atualização das normas e diretrizes envolvidas e o pacto em reabilitação profissional com setores que incluam os atores que estão fora da esfera do governo como trabalhadores, empresa, sociedade civil e universidades (BRASIL, 2014). Além disso, segundo a discussão desta atualização, serão procuradas parcerias para a estruturação da Rede de Reabilitação Profissional (RRP), desenvolvimento de política de

formação, informação e comunicação. Também está previsto o redimensionamento da força de trabalho e da estrutura física do INSS para que se implemente a RRP.

De acordo com a cartilha da Diretoria de Saúde do Trabalhador (DIRSAT) do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) (BRASIL, 2015),

“As ações em Saúde do Trabalhador do INSS devem contribuir para a prevenção de riscos ocupacionais e para a promoção à saúde nos ambientes e processos de trabalho por meio de ações integradas de vigilância em saúde e do estímulo à participação dos trabalhadores” (p. 5).

Na apresentação desta cartilha são descritos dois processos considerados inerentes à DIRSAT do INSS: 1) Avaliar a capacidade e funcionalidade para o trabalho; 2) A promoção de (re)inserção ao trabalho, de forma articulada com as políticas públicas já existentes. A cartilha apresenta como missão o aprimoramento do modelo de avaliação da capacidade laboral e desenvolvimento de estratégias para a gestão do afastamento dos trabalhadores em benefício por incapacidade com foco no desenvolvimento de suas capacidades e potencialidades. No entanto, ela não deixa claro o método para se alcançar essas metas, apesar de propor a utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da OMS, visto que este material é amplo e precisa de uma simplificação para a utilização no retorno do trabalhador afastado.

O retorno ao trabalho mostra-se como um desafio frente às condições que norteiam os trabalhadores afastados por DORT, visto que existem facilitadores e barreiras na constituição desse processo.

## **2.2. PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS E CONCEITUAIS**

### **2.2.1. O Trabalho como Atividade Humana**

Friedmann (1973) identifica o trabalho como um traço específico do ser humano, como um denominador comum a todos e uma condição de toda vida em sociedade. Dentre as características do comportamento que são essencialmente humanas tem-se a “utilidade”.

De acordo com Tersac (1995), toda atividade humana é subordinada a atividade produtiva, pois é onde o homem produz os bens considerados úteis. Esta situação está na

origem da sociologia do trabalho, que tem a concepção do trabalho como motor da dinâmica social ou como princípio explicativo da evolução social. Nesta perspectiva, a esfera do trabalho é um lugar para análise das razões e processos, através dos quais constituem as coletividades, os determinantes e as formas de antagonismos que são produzidos e as solidariedades que se instauram para regular os efeitos do trabalho.

Para Friedmann (1973), a subjetividade vivida por ocasião do trabalho vai desde estados de insatisfação e tristeza, até estados de autorrealização e alegria. Estes estados afetivos são variados, de acordo com os contextos culturais e sociais. Ainda, o mesmo autor explica uma série de situações em que o indivíduo se vê privado de trabalho e que em muitas ocasiões as pessoas manifestam pelo comportamento, o desaparecimento de uma atividade considerada importante para a estruturação da sua personalidade e para o seu equilíbrio mental.

“A atividade profissional não é só um modo de ganhar a vida – é também uma forma de inserção social onde os aspectos psíquicos e físicos estão fortemente implicados. O trabalho pode ser um fator de deterioração, de envelhecimento e de doenças graves, mas pode, também, constituir-se em um fator de equilíbrio e de desenvolvimento. A possibilidade da segunda hipótese está vinculada a um trabalho que permita a cada indivíduo aliar às necessidades físicas, o desejo de executar a tarefa” (DEJOURS, 1993, p. 98).

De acordo com Dejours (1993), cientistas levaram muito tempo para entender que o trabalho é um dado fundamental da saúde, tanto no aspecto negativo (o trabalho pode causar doenças, intoxicações, acidentes, etc.), como no aspecto positivo (o trabalho é importante para o equilíbrio e desenvolvimento). Assim como o não-trabalho também pode ser perigoso para a saúde, como se observa hoje com a patologia do desemprego.

Arendt (2001) vai mais longe ao explicar/traduzir a importância do trabalho quanto à proposição de Engels: “O trabalho criou o homem”. A partir desta proposição a autora afirma que:

“(…) o homem, na medida em que é humano, cria a si mesmo, que sua humanidade é resultado de sua própria atividade; significa, (...), que aquilo que distingue o homem do animal, sua *differentia specifica*, não é a razão, mas sim o trabalho e que ele não é um animal *rationale*, mas sim um animal *laborans*; (...), que não é a razão, e até então o atributo máximo do homem, mas sim o trabalho, atividade humana tradicionalmente mais desprezada, aquilo que contém a humanidade do homem” (ARENDR, 2001, p. 48).

As diferentes definições e estudos sobre o trabalho enfatizam sua fundamental importância para o indivíduo, influenciando não apenas na construção de sua identidade, como na sua inserção no meio social. No entanto, quando há uma ruptura nesse processo provocada pela doença relacionada a ele ou desemprego ou outros infortúnios que afastem o trabalhador de seu ambiente de trabalho, há uma fragilização de sua identidade.

### **2.2.2. Ergonomia da Atividade**

Importantes referenciais teóricos da EA foram utilizados na metodologia desta pesquisa. A Análise da Atividade de Trabalho (AAT) é realizada a partir do método da Análise Ergonômica do Trabalho (AET), o que contribuiu para a discussão sobre retorno do trabalhador afastado por LER/DORT.

Por isso, é relevante para a EA o entendimento desta metodologia que teve origem na década de 50, a partir da proposta da Escola Franco-Belga, em manter seu interesse no estudo da atividade de trabalho, envolvendo as representações sobre o trabalho daqueles que executam e daqueles que planejam as atividades, a fim de compreender e, possivelmente, transformá-lo (WISNER, 1994 e GUÉRIN et al. 2001).

De acordo com Wisner (1994), a EA é construída pela observação sistemática de forma participativa das situações de trabalho, procurando-se entender como ele é efetivamente realizado.

Segundo Guérin et. al. (2001), a AET leva em consideração os trabalhadores, individual e coletivamente, na construção de saúde, competências e, ao mesmo tempo, a relação entre as condições, a atividade e os resultados do trabalho, por meio da função integradora da atividade de trabalho. Ainda de acordo com este autor, a AET tem por alicerce o ponto de vista da atividade de trabalho, que pressupõe a compreensão desta, diante de uma análise das suas dimensões física, cognitiva e organizacional.

De acordo com Guérin et. al. (2001), a atividade de trabalho está longe de ser um conjunto de regras previamente conhecidas, mas é um conjunto de regulações no qual se considera as variabilidades (de produção e dos sujeitos envolvidos no trabalho), da carga de trabalho (física, cognitiva e psíquica) e os modos operatórios (diferentes maneiras de fazer o trabalho, ou seja, a pessoa adota estratégias diferentes para alcançar os objetivos e os meios

que ela opera, de forma a adequar a carga de trabalho ao seu modo de trabalhar, utilizando sua competência e garantindo sua saúde).

A compreensão da atividade de trabalho como etapa fundamental da AET é uma importante função da ergonomia da atividade, que tem por objetivo final transformar o trabalho para torná-lo mais adequado às características psicofisiológicas dos trabalhadores e melhorar a eficácia do sistema de produção (CAMAROTTO et al., 2013).

Portanto, a atividade é o que o trabalhador efetivamente faz para dar conta da tarefa, ou seja, para dar conta daquilo que é prescrito ou daquilo que deve ser realizado de acordo com o planejamento da empresa. Então, envolve todas as ações do trabalhador para realizar uma parcela do trabalho da produção. Envolve a interação do trabalhador com os artefatos, visando cumprir as tarefas prescritas pela empresa. “A atividade de trabalho se dá em condições reais e produz resultados efetivos” (CAMAROTTO et al., 2013).

#### **2.2.2.1. A Análise da Atividade de Trabalho**

Para a compreensão dos determinantes das situações de trabalho a EA tem como pressupostos básicos a distinção entre o trabalho prescrito e o trabalho real, a variabilidade dos contextos e dos indivíduos, o conceito de carga de trabalho e a regulação (ABRAHÃO e PINHO, 1999). Estes conceitos devem permear todo o processo de análise, pois é a partir da consideração destes, na situação de trabalho, que poderão ser desenvolvidos projetos/adaptações que atendam às reais necessidades da organização (produtividade) e do trabalhador que retorna ao trabalho.

##### **a) A distinção entre tarefa e atividade**

A ergonomia nasceu de uma descontinuidade entre tarefa e atividade, que obriga a distinção entre aquilo que se solicita ao homem e o que isto, para ser realizado, solicita a ele (HUBAULT, 2004).

Segundo Camarotto et al. (2013), a tarefa é um objetivo a alcançar em determinadas condições, sendo que o objetivo é aquilo que deve ser realizado e alcançado, de acordo com um dos três pontos de vista: “(...) o dos caminhos a percorrer antes de alcançar o estado final; o das operações admissíveis para percorrer esses caminhos, e dos procedimentos a realizar para fazê-lo, isto é, a combinação dessas operações” (CAMAROTTO et al., 2013, p. 36).

A atividade é tudo aquilo que o sujeito “faz” ou “pensa” para realizar a tarefa prescrita. O que o sujeito faz compõe as “atividades físicas”, e o que o sujeito pensa compõe as “atividades cognitivas” (FALZON, 2007).

Segundo Menegon (2000), a distinção entre tarefa e atividade não deve ser entendida com uma falta de prescrição ou debilidade na formulação da tarefa, uma vez que isso somente levaria a novas prescrições. O autor expressa as relações entre a racionalidade produtiva e o ponto de vista da atividade como demonstra a figura 4.



**Figura 4: Relações entre a racionalidade produtiva e ponto de vista da atividade. Fonte: Menegon, 2000.**

As tarefas prescritas têm condições determinadas de meio de trabalho, do ambiente de trabalho e resultados esperados, enquanto a atividade tem que dar conta dessas tarefas em condições reais e produz o resultado efetivo (CAMAROTTO et al., 2013).

#### b) Variabilidades

Segundo Guérin et al. (2001), a variabilidade está presente nas situações produtivas e está associada àquilo que não foi previsto e é manifestado nessas situações. As variabilidades podem ser decorrentes dos sujeitos ou da própria organização.

Quanto às variabilidades dos sujeitos, estas podem ser de ordem intra-individual (relacionadas às variações que os indivíduos sofrem ao longo do tempo ou de um mesmo dia) ou inter-individual (relacionadas ao gênero, às competências, ao desenvolvimento de habilidades que variam entre indivíduos).

As variabilidades da empresa podem ser categorizadas em variabilidade normal, ou seja, aquelas que são previstas pela organização e são decorrentes das características intrínsecas do trabalho executado, e variabilidade incidental, caracterizada por eventos aleatórios e desconhecidos.

A noção de variabilidade evidencia, através da análise de situações reais de trabalho, a variabilidade dos contextos e das pessoas, postulando a instabilidade das condições internas e externas de cada atividade (TERSAC E MAGGI, 2004).

Para a EA, o reconhecimento e a identificação das variabilidades irão contribuir de forma decisiva para o sucesso de projetos de dispositivos e de situações de trabalho, pois permite “a compreensão de como os operadores enfrentam a diversidade e as variações das situações, e quais consequências trazem para sua saúde e produção” (GUÉRIN et al., 2001).

### c) Carga de Trabalho

Guérin et al. (2001) acreditam que a noção de carga de trabalho pode ser interpretada a partir da compreensão da margem de manobra da qual dispõe um operador em um dado momento para elaborar modos operatórios, tendo em vista atingir os objetivos exigidos, sem efeitos desfavoráveis sobre o seu estado. A margem de manobra da qual o operador dispõe advém do chamado modelo integrador da atividade de trabalho, representado pela figura 5.



**Figura 5: Representação do modelo integrador da atividade. Fonte: Guérin et al. (2001, p. 27).**

De acordo com esse modelo, há uma relação entre o trabalhador (com suas características pessoais e profissionais) e a empresa (com as exigências de produção, normas, procedimentos) mediada por um contrato de trabalho. Para Guérin et al. (2001), a atividade de trabalho é o elemento central que organiza e estrutura todos os elementos da situação de trabalho. A carga de trabalho apresenta-se como resultado da integração entre a tarefa,

determinada pela empresa, e a atividade, realizada pelo operador, que irá repercutir tanto em termos de saúde como de produtividade.

O conceito de carga de trabalho pode ser subdividido em carga física, cognitiva e organizacional. Em toda atividade os aspectos físicos, cognitivos e psíquicos estão presentes e inter-relacionados (WISNER, 1994).

d) Regulação, estratégia e modo operatório

Para Dal Rosso (2003), regular o trabalho significa estabelecer as condições nas quais se realiza o seu processo. Portanto, a regulação compreende desde as formalizações que regem o trabalho até os conteúdos mais concretos destas. Condições econômicas, sociais, institucionais, materiais e imateriais formam uma estrutura, de acordo com o qual o trabalho é realizado. Esta teoria tem relação com a construção da identidade das pessoas, dentre estas, dos trabalhadores e com suas individualidades.

O conceito de regulação é utilizado na ergonomia de acordo com o objeto em que a regulação incide: 1) a regulação de um sistema, em que o operador desempenha o papel de comparador e controlador de um sistema técnico; 2) a regulação da própria atividade humana, em que o operador regula sua atividade de trabalho com o objetivo de evitar repercussões negativas da atividade no estado interno, para conseguir atingir os resultados finais/ objetivos da tarefa, ou aprender (FALZON, 2007).

Segundo Falzon (2007), a regulação é um mecanismo que compara os resultados de um processo com a produção desejada e ajusta esse processo em relação à diferença comprovada.

“A regulação implica um ajuste das regras e mesmo uma produção de regras até o desenvolvimento da ação de transformação: num processo, ao agir regula-se a ação.” (MAGGI, 2006, p.143)

De acordo com Tersac e Maggi (2004), os resultados no trabalho só podem ser atingidos graças à capacidade de regulação da atividade desenvolvida pelos sujeitos, gerenciando, por um lado as variabilidades das condições internas e externas da atividade e, por outro lado, para considerar os efeitos da atividade.

Um modelo de regulação da atividade foi adaptado por Falzon (2007) na figura 6.

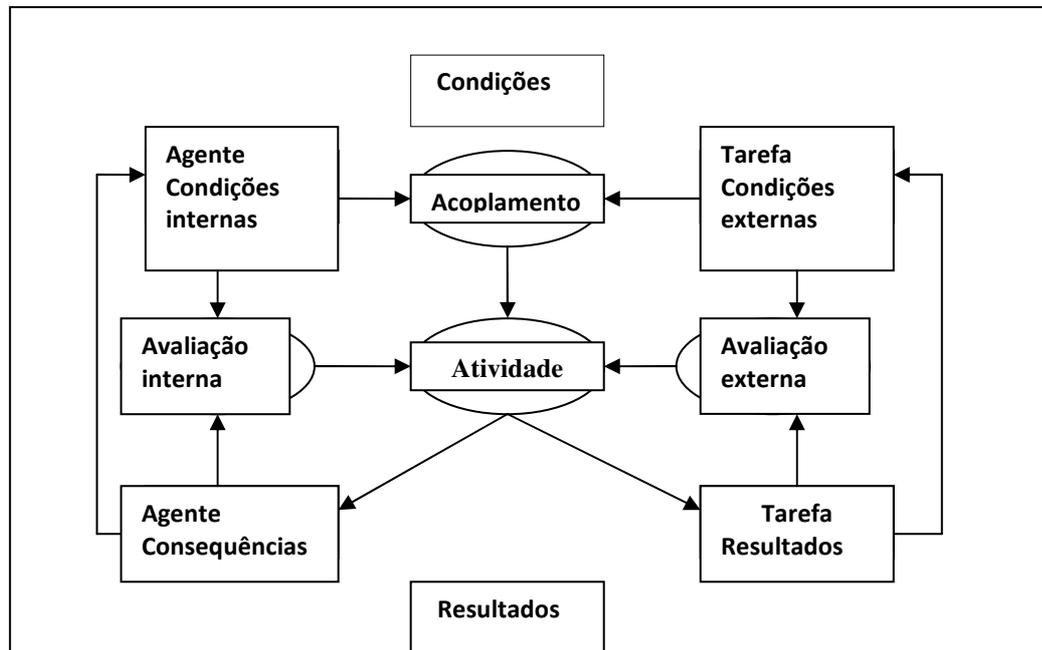


Figura 6: Modelo de regulação da atividade adaptado de Leplat, 2000. Fonte: Falzon (2007, p.12).

O trabalhador em um determinado momento se encontra em um certo estado de saúde e conhecimentos enquanto a tarefa é caracterizada de modo permanente por objetivos, pelas exigências, pela instrução específica, pela carga de trabalho do momento etc. A atividade constitui-se pelo acoplamento entre condições internas e condições externas ao trabalhador. Ela produz efeitos relativos ao sujeito, no que diz respeito à saúde, e ao desempenho que refere-se às competências e à tarefa. Nesse processo, as funções de regulação agirão sobre a atividade (FALZON, 2007).

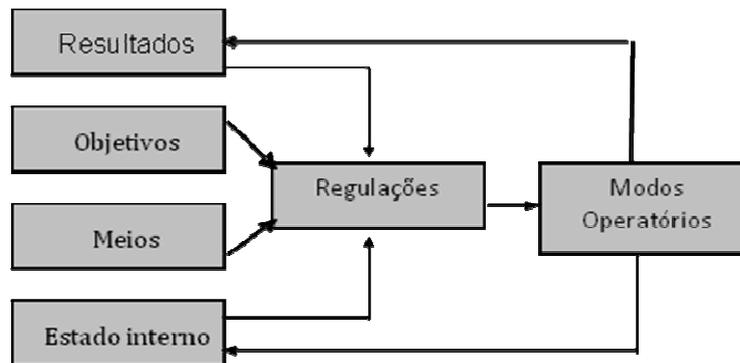
Deste modo, ela pode ser modificada de acordo com as características iniciais do sujeito comparadas ao estado produzido pelo exercício da atividade (FALZON, 2007). Da mesma maneira as funções de regulação agirão sobre a tarefa, na qual a comparação entre o desempenho buscado e o alcançado pode levar à comprovação do não alcance dos objetivos. Portanto, pode induzir a uma modificação dos modos operatórios e a uma comprovação do alcance dos objetivos, que pode resultar, em alguns casos, em modificações da atividade, permitindo margens de manobra, evitando aumento das exigências etc. (FALZON, 2007).

A atividade de um operador é organizada em função de diferentes objetivos e conforme a situação. A margem de manobra ou espaço de regulação de que o operador dispõe para atingir os objetivos de produção é maior ou menor.

Para atingir seus objetivos, levando-se em conta o meio em que trabalha e seu estado interno, o operador vai elaborar estratégias operatórias e modos operatórios em meio às variabilidades existentes.

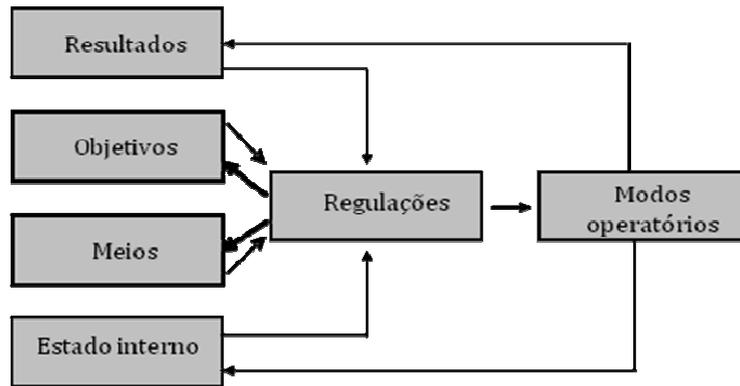
Para Guérin et al. (2001), os modos operatórios são considerados um conjunto de procedimentos adotados pelo operador e que são consequência da distância irreduzível entre tarefa e atividade.

Os modos operatórios são “sinais de alerta” que levam o operador a modificar suas maneiras de trabalhar. São o resultado de um compromisso que leva em conta os objetivos exigidos pela organização, os meios de trabalho, os resultados a serem atingidos e o estado interno do operador (Figura 7).

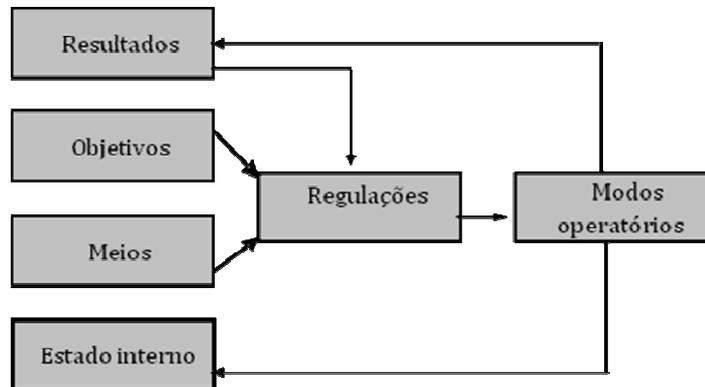


**Figura 7: Relações existentes ao determinar a carga de trabalho. Fonte: Guérin et al. (2001, p.65).**

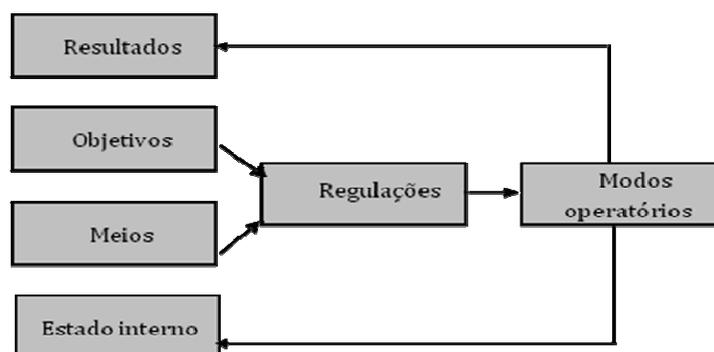
De acordo com Guérin (2001), em situações sem constrangimentos, índices relativos ao estado interno do operador o conduzem a modificar os objetivos ou os meios de trabalho para evitar agressões a sua saúde (figura 8). Enquanto em situações com constrangimentos, em que não é possível agir sobre os objetivos e/ou os meios de trabalho, num primeiro momento, os resultados são atingidos ao custo de modificações do estado interno (figura 9). Num segundo momento, o operador não consegue mais atingir os objetivos exigidos devido à “sobrecarga”, por quaisquer que sejam os modos operatórios utilizados (figura 10).



**Figura 8:** Situação "não restritiva". Ação possível sobre os objetivos e os meios. Fonte: Guérin et al. (2001, p.66).



**Figura 9:** Desempenho obtido à custa de danos ao estado interno. Fonte: Guérin et al. (2001, p.66).



**Figura 10:** Desempenho não obtido (sobrecarga). Fonte: Guérin et al. (2001, p.67).

De acordo com Guérin et al. (2001), a noção de carga de trabalho se dá pela compreensão da margem de manobra em que o operador se dispõe em um dado momento para elaborar modos operatórios tendo em vista atingir os objetivos exigidos, preservando seu estado interno.

### **2.2.2.2. Reflexões acerca da análise da atividade e a regulação do trabalhador que retorna ao trabalho**

Esta reflexão parte dos referenciais utilizados até o momento no desenvolvimento deste estudo a fim de discutir sob o ponto de vista da análise da atividade como é o retorno ao trabalho daquele que adquiriu uma incapacidade.

De acordo com Guérin et al. (2001), em situações de constrangimentos durante a atividade de trabalho, em que não é possível a ação do trabalhador sobre os objetivos e/ou meios de trabalho estabelecidos pela empresa, a princípio os resultados são atingidos ao custo da saúde e depois, devido à “sobrecarga”, este afasta-se, pois adoece e não consegue mais atingir os resultados esperados.

O trabalhador que foi afastado por LER/DORT, muitas vezes, mesmo após a reabilitação, volta com alguns limites funcionais denominados incapacidade e podem apresentar-se em diferentes níveis. A incapacidade influencia negativamente na possibilidade de adoção de estratégias e modos operatórios que o operador utiliza para realizar a atividade, a partir da margem de manobra disponível pela empresa (autonomia e/ou discricionariedade)\*\*\*, para alcançar os resultados esperados, sem agravar seu estado interno (saúde).

A interação entre o trabalhador e a empresa pode ser observada no modelo integrador da atividade de trabalho (GUÉRIN et al., 2001), como mostra a figura 5. Este modelo, que representa a carga de trabalho, mostra por um lado a empresa com seus objetivos, ferramentas, tempo, organização do trabalho, ambiente, enfim com suas características e por outro lado observa-se o operador com suas características pessoais, experiência e conhecimento a partir da formação adquirida e estado interno no momento do trabalho, no entanto, não mais com as mesmas habilidades de outrora, a mesma competência para realizar algumas atividades.

---

\*\*\* Segundo Maggi (2006), a eficácia em uma organização só poderá ser atingida por meio de certa autonomia dos trabalhadores. No entanto, a autonomia pode se referir a um indivíduo ou a um coletivo, sendo que, trata-se de discricionariedade se a regulação envolvida for determinada, ou seja, se houver uma transmutação entre a autonomia inicial em discricionariedade concedida. Portanto, a tarefa discricionária implica em uma obrigação de decidir, sendo as premissas da decisão controladas pela empresa, tornando-se duplamente constrangedora.

A competência é a tradução, no decorrer de uma aprendizagem contínua, de conhecimentos e experiências em ação (MAGGI, 2004). Portanto, é na ação de trabalho que se constitui a competência para um ofício.

Assim, criam-se novas competências a partir do potencial, conhecimento, experiência e condições facilitadoras do trabalhador que retorna ao trabalho, levando-se em consideração suas necessidades/motivações frente às possíveis situações.

### **2.2.3. Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)**

A Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) é um instrumento importante para a avaliação das condições de vida e para a promoção de políticas de inclusão social. Os pressupostos metodológicos dessa classificação serão utilizados como base para subsidiar esta proposta de pesquisa que envolve a pessoa que retorna ao trabalho após o afastamento por LER/DORT.

De acordo com Pereira (2013), a política previdenciária no Brasil pauta-se no conceito de incapacidade para o trabalho para fins de concessão de benefícios, como o auxílio-doença, por exemplo. Então, faz-se necessário ampliar o entendimento sobre a concepção desta palavra.

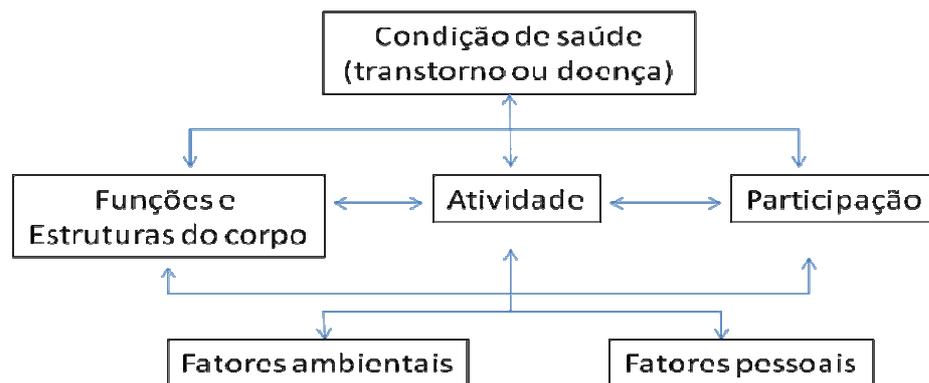
A CIF é hoje o modelo da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a saúde e incapacidade. Segundo Di Nubila (2010), a CIF pertence à “família” das classificações internacionais da OMS em diferentes aspectos da saúde, sendo que para os estados de saúde (doenças, lesões, etc.) são classificados na CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde 10ª revisão). Já a funcionalidade e a incapacidade associadas aos estados de saúde são classificadas na CIF. Para a mesma autora as duas classificações são complementares, visto que a CID-10 fornece um “diagnóstico” das condições de saúde e estas informações são complementadas pelas informações relativas à funcionalidade fornecida pela CIF.

A CIF é baseada num modelo de incapacidade e fornece uma visão em diferentes perspectivas da saúde: biológica, individual e social. Esta perspectiva mostra que o “diagnóstico” sozinho, quer com a presença de uma doença ou distúrbio, não prevê as necessidades do trabalhador, portanto, isso não fornece a informação necessária para os objetivos de gerenciamento e planejamento de saúde (DI NUBILA, 2010).

Segundo Di Nubila e Buchalla (2008), essa classificação adquire, pela sua proposta, um caráter multidisciplinar, “(...) com possibilidade de aplicação em todas as culturas e trazendo pela primeira vez a incorporação dos aspectos de contexto” (DI NUBILA e BUCHALLA, 2008, p. 327).

Segundo Mângia et al. (2008), a CIF foi elaborada para descrever e mensurar a saúde e a incapacidade. Ela compõe a “família de classificações da OMS” e recomenda que sua utilização seja complementar à CID-10, como demonstra a figura 11.

De acordo com Üstun (2002), a CIF é uma classificação de saúde e domínios relacionados, que são agrupados de acordo com suas características comuns (origem, tipo e similaridade) e ordenados de um modo significativo. Sua estrutura obedece a um modelo, cuja informação está organizada em três componentes:



**Figura 11: Interação entre os componentes da CIF - Fonte: OMS, CIF, 2003.**

1) O “corpo”, que compreende duas classificações: uma para as estruturas e outra para as funções do corpo;

2) “Atividade” e “participação”, que se relaciona com o que o “corpo” realiza. São os aspectos da funcionalidade a partir de duas perspectivas: individual e social, sendo estas incluídas em uma lista que engloba todas as áreas vitais, desde a aprendizagem básica até as interações interpessoais ou de trabalho;

3) O “contexto”, que corresponde à situação em que o “corpo” realiza suas “atividades e participação”, sendo que nestes estão incluídos os “fatores ambientais”, representando o ambiente físico, social e de atitudes nas quais as pessoas vivem e conduzem suas vidas. Este aspecto tem impacto sobre estes três componentes.

Segundo Üstun (2002) e a OMS (2003), o uso de qualquer código da CIF deve ser acompanhado por pelo menos um qualificador (leve, moderado, grave ou total), que dá a medida da gravidade do problema em questão. Para a avaliação de uma situação de saúde de indivíduos, os qualificadores permitem mensurar tanto a interferência negativa, que gera uma limitação, como a positiva, melhorando a execução das atividades. Além disso, essa avaliação pode considerar o que é possível fazer em um ambiente da vida cotidiana. Por exemplo, a visão é definida como a possibilidade de uma pessoa visualizar objetos com nitidez em distâncias variadas, enquanto a gravidade da dificuldade de visão pode ser em vários níveis: leve, moderado, grave ou completo.

Existem dois qualificadores nos domínios de Atividade e Participação: desempenho e capacidade. O qualificador de desempenho descreve “o que um indivíduo faz no seu ambiente real”, que representa o contexto social e físico em que o indivíduo vive. Portanto, o qualificador de desempenho pode ser entendido como a “experiência vivida” da pessoa no contexto real em que vive. Enquanto o qualificador de capacidade descreve “a capacidade de um indivíduo para executar uma tarefa ou ação em um ambiente uniforme” e é o nível mais elevado que um indivíduo poderia alcançar na execução de uma tarefa em um dado momento. Esse “ambiente uniforme” representa os elementos relevantes para a tarefa e não deve ter obstáculos, de modo a permitir a avaliação da capacidade total do indivíduo (ÜSTUN, 2002; OMS, 2003).

De acordo com Üstun (2002) e a OMS (2003), os fatores ambientais, externos ao indivíduo, podem ter influência negativa ou positiva sobre a sua participação na sociedade, no desempenho de atividades ou sobre alguma função ou estrutura corporal.

Já os fatores pessoais, não detalhados na CIF, dizem respeito às características individuais de cada um e influenciam na maneira como a pessoa lida com a doença. Incluem vários aspectos como: raça, idade, gênero, aptidões, hábitos, profissão e nível educacional (ÜSTUN, 2002).

A CIF tem se tornado conhecida por profissionais de saúde e do trabalho, em especial da área de reabilitação profissional, fato que amplia a possibilidade de novas intervenções, assim como em políticas voltadas para o tema “retorno ao trabalho”.

### 2.2.3.1. Core Set da CIF para LER/DORT

O termo “*core set*” pode ser traduzido como “itens essenciais” e é uma estratégia de aplicação do uso da CIF, que descreve e qualifica uma demanda de situações de saúde específica.

“A ideia por trás dos *core sets* da CIF é que, ao invés de avaliar 1454 aspectos da funcionalidade das pessoas, devem-se avaliar apenas aquelas categorias que são típicas e significativas numa determinada condição de saúde” (RIBERTO, 2011, p. 940).

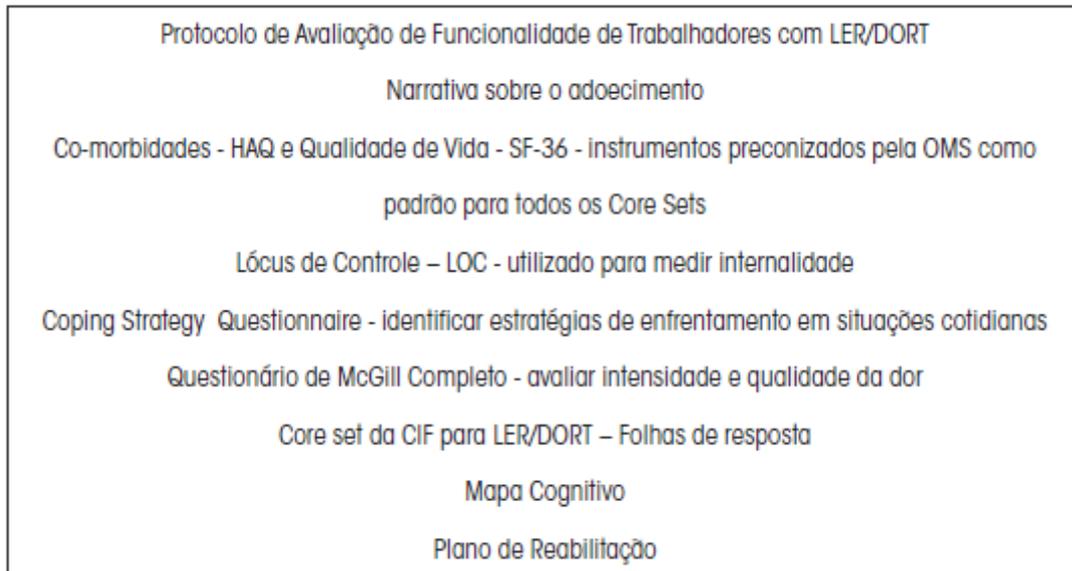
Portanto, tem um compromisso com a praticidade na aplicação tanto em pacientes incluídos em um estudo clínico, quanto epidemiológico, ou seja, tanto para finalidades clínicas, quanto de pesquisa, além de guiar a avaliação multiprofissional em pacientes com uma condição específica de saúde (RIBERTO, 2011).

Segundo Cieza et al. (2004), nos casos crônicos de saúde, os *core sets* podem ser aplicados em qualquer ambiente de atendimento à saúde e refletem todos os aspectos da funcionalidade.

De acordo com Riberto (2011), no Brasil há duas propostas de desenvolvimento de *core sets* da CIF, uma para lesões musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho (LIMA, et al., 2008) e outra para indivíduos com HIV sob terapia antirretroviral (BUCHALLA, CAVALHEIRO, 2008).

O *core set* da CIF para LER/DORT foi elaborado por meio de consensos entre especialistas do campo da saúde do trabalhador (medicina, fisioterapia, terapia ocupacional e psicologia) em seis etapas, que envolveram leitura, estudo e discussão da CIF (LIMA, et al., 2008).

Para complementar/facilitar (os autores usam o termo complementar, mas acredito que o mais correto seria facilitar) a avaliação realizada pelo *core set* da CIF para LER/DORT, os autores acima selecionaram instrumentos traduzidos e validados no Brasil. Buscaram a compatibilização dos resultados destes instrumentos e do *core set*, o que resultou no protocolo de avaliação de funcionalidade de trabalhadores com LER/DORT (Figura 12).



**Figura 12: Componentes do Protocolo de Avaliação de Funcionalidade de Trabalhadores com LER/DORT. LIMA, et al. (2008, p. 232).**

Segundo Lima et al. (2008), a avaliação da funcionalidade de trabalhadores com LER/DORT inicia-se com uma entrevista narrativa para reconstruir os acontecimentos sociais sob a perspectiva do trabalhador e prossegue com a aplicação do *core set* da CIF para LER/DORT e dos instrumentos autoaplicáveis (figura 13): Questionário de Avaliação de Estado de Saúde (HAQ), Avaliação Geral de Comorbidades SCQ-P, Questionário Genérico de Qualidade de Vida SF-36, Questionário de Dor McGill, Inventário de Lócus de Controle (LOC) e o Coping Strategy Questionnaire (CSQ). Além disso, o protocolo agrega as folhas de respostas, o mapa cognitivo e o plano de reabilitação, formulários específicos para a sistematização, sumarização e organização das informações coletadas, com vistas a um plano de ação que deverá: “orientar o processo de reabilitação integral do trabalhador com LER/DORT ao tempo em que permite o levantamento de demandas que orientem a construção de ações públicas intersetoriais mediadas pelo Estado” (LIMA, et al., 2008, p. 233).

Lima et al. (2008) defendem a ideia de que a proposição do *core set* da CIF para LER/DORT poderá contribuir com a produção de ferramentas que possibilitem o levantamento das demandas dos trabalhadores, mediando o diálogo entre os diferentes atores sociais envolvidos no processo de reabilitação.

#### **2.2.4. Índice de Capacidade para o Trabalho (protocolo de avaliação)**

Os estudos sobre capacidade para o trabalho no Brasil iniciaram-se com a tradução e

adaptação do questionário do Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT), instrumento finlandês, à realidade brasileira (TUOMI, et al., 2005).

O ICT foi validado e mostrou propriedades psicométricas satisfatórias, de critério e de confiabilidade, para a avaliação de capacidade para o trabalho em abordagens individuais e coletivas (MARTINEZ, LATORRE, FISCHER, 2009).

“O Índice de Capacidade para o Trabalho é um instrumento utilizado em Serviços de Saúde Ocupacional. Ele revela quão bem um trabalhador é capaz de realizar seu trabalho e pode ser usado como um dos métodos para avaliar a capacidade para o trabalho nos exames de saúde e levantamentos no local de trabalho” (TUOMI, *et al.*, 2005, p. 11).

Segundo Tuomi, et al., (2005), partir das respostas a uma série de questões (Anexo III), que consideram as exigências físicas e mentais, o estado de saúde e os recursos do trabalhador, é que se determina o ICT através de um *escore* que retrata o conceito do próprio trabalhador sobre sua capacidade para o trabalho, já que é um instrumento autoaplicável, de rápido e simples preenchimento.

Com este instrumento o profissional de Saúde Ocupacional é capaz de identificar, precocemente, se o trabalhador e o ambiente de trabalho necessitam de adaptação (TUOMI, et al., 2005), pois o comprometimento da capacidade para o trabalho é responsável pela maior frequência de absenteísmo em relação aos demais trabalhadores (LINDBERG, et al., 2006).

## **2.5. Síntese dos referenciais utilizados no estudo**

O entendimento das lesões musculoesqueléticas, o sofrimento dos trabalhadores que se afastam do trabalho e as ações do governo foram norteadores para o primeiro entendimento e necessidade de contato com o PRP do INSS, na expectativa de entender seus métodos de reinserção e a realidade do processo de retorno ao trabalho.

O conhecimento dos pressupostos teóricos metodológicos foi importante para a coleta e análise dos dados, a fim de entender e diagnosticar as diferentes situações de reinserção no trabalho, frente à realidade dos métodos adotados nas empresas analisadas.

### 3. MÉTODOS E TÉCNICAS

Este capítulo contém os métodos e técnicas utilizados na coleta e na análise dos dados referentes: à prática do PRP do INSS a partir da realidade do retorno ao trabalho sob o ponto de vista de duas analistas do INSS; entrevistas com os representantes das empresas sobre o método adotado no processo de retorno dos trabalhadores afastados por LER/DORT (a partir dos preceitos de ética); entrevistas (narrativas), a avaliação de capacidade para o trabalho e a AAT nos postos de reinserção e de afastamento dos trabalhadores afastados por LER/DORT (a partir do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)). Todos os dados coletados foram utilizados nas análises referentes a cada caso estudado.

O estudo foi iniciado em duas agências do interior do Estado de São Paulo, a partir de entrevista (Apêndice A) com duas analistas da equipe do Programa de Reabilitação Profissional do INSS, ou seja, uma analista de cada agência.

A escolha destas agências ocorreu devido à disponibilidade das analistas do Programa de Reabilitação Profissional do INSS em ajudar na pesquisa, por meio de entrevista para um melhor entendimento do processo de retorno ao trabalho dos trabalhadores afastados por LER/DORT. No entanto, cabe enfatizar que esta é uma instituição submetida à rígida burocracia e controle, portanto, existem dificuldades de acesso aos dados institucionais. Apesar disso, houve a colaboração das analistas do programa.

Para obter casos concretos, pela amplitude do tema relativo às LER/DORT, o estudo de situações específicas foi realizado na prática do retorno ao trabalho em empresas do interior do Estado de São Paulo. Foram escolhidas 10 empresas da região (setor público e privado), pelo fato das agências do INSS entrevistadas para este estudo pertencerem ao interior do Estado de São Paulo. Deu-se preferência a empresas de grande porte, ou seja, com mais de 1000 funcionários, onde seria possível encontrar, com maior facilidade, trabalhadores retornando ao trabalho após afastamento por lesões musculoesqueléticas. Inicialmente, as empresas foram contatadas via telefone e envio de ofícios com explicação do projeto de pesquisa. A partir de autorização, foram realizadas visitas para uma melhor explicação da proposta. Ao serem contatadas, 4 empresas se recusaram a participar, 2 afirmaram que não havia trabalhadores afastados por LER/DORT que estivessem retornando ao trabalho, portanto, não poderiam contribuir e dentre as 4 empresas (setor privado) que aceitaram participar do processo, 2 (empresas A e D) se disponibilizaram, após ofício e explicação do

projeto, a partir de profissionais envolvidos no processo de retorno ao trabalho, e as outras 2 (empresas B e C) precisaram de aprovação inicial da diretoria.

O processo de acompanhamento dos trabalhadores dependia da aprovação de outros setores, portanto, levaram semanas e até meses para ter uma resposta, apesar das ligações ocorrerem a cada 1 ou 2 semanas, de acordo com a devolutiva dos responsáveis. Além das ligações, os e-mails também foram utilizados como meio para contato e informações.

Dentro das empresas foram realizadas entrevistas (Apêndice B) em sala com responsáveis pelo retorno dos trabalhadores para um primeiro entendimento do método usado para este processo.

Em um segundo momento, o contato com os trabalhadores aconteceu de formas diferentes: A empresa (A) permitiu o primeiro contato em uma sala reservada do ambulatório para a entrevista com a pesquisadora. Neste espaço foi explicado o objetivo da pesquisa, foi pedido o consentimento e colaboração para os trabalhadores e os mesmos narraram (entrevista não estruturada) as causas dos afastamentos e como estava ocorrendo o retorno ao trabalho, colocando suas percepções. A empresa (B) possibilitou a entrevista no próprio posto e a empresa (C) colocou a possibilidade de estabelecimento do primeiro contato no pátio da empresa. Já na empresa (D) não foi possível realizar o estudo junto ao trabalhador, já que os trabalhadores entraram em greve. O interesse inicial era de que o primeiro contato com os trabalhadores acontecesse em uma sala, como o ambulatório, a fim de que a explicação dos objetivos do estudo e entrevista fossem reservados. No entanto, as adversidades encontradas inibiram a possibilidade de fazer mais esta exigência, neste primeiro momento da pesquisa.

A partir do consentimento do trabalhador, foi realizada a observação sistemática da atividade de trabalho no posto em que o mesmo foi reinserido (em alguns casos o trabalhador já estava reinserido ou estava em período de estágio, tais processos serão explicados nos resultados). Além do acompanhamento das atividades do posto de reinserção, também foi realizada a observação sistemática da atividade de trabalho que desenvolveu antes do afastamento (observação realizada com outro trabalhador, no posto em que houve o afastamento - também a partir de assinatura do TCLE).

Neste estudo procura-se compreender os eventos a partir de sua descrição e interpretação. Procura-se minimizar a distância entre o contexto, a ação, a teoria e os dados

coletados (BERTO, NAKANO, 1998).

A análise da atividade de trabalho - sob a ótica da EA - como método para o estudo de campo é uma metodologia que observa o comportamento do trabalhador, analisando de maneira detalhada cada um dos deslocamentos, comunicações, verbalizações, posturas, direção do olhar, condutas, modos operatórios, procedimentos cognitivos, ou seja, o que relaciona o trabalhador à atividade. De acordo com Wisner (1994): “Todas as atividades devem ser observadas, sejam elas prescritas, imprevistas ou até inconscientes por parte dos trabalhadores” (WISNER, 1994, p. 94).

Em um terceiro momento, em espaço reservado (sala do ambulatório médico), foi realizada a avaliação de capacidade laborativa dos trabalhadores que estavam retornando à empresa, após afastamento por LER/DORT. Novamente foi explicado o objetivo da pesquisa e a necessidade de responderem a alguns questionários (protocolos) para um melhor entendimento das suas condições de saúde para o trabalho.

#### Método para coleta de dados

Para a coleta de dados utilizou-se de uma entrevista (apêndice 1) com analistas do PRP do INSS, entrevista com um representante de cada empresa (apêndice 2) e entrevista semiestruturada com os trabalhadores reinseridos ou em processo de reinserção.

Após a entrevista com os representantes das empresas, a fim de conhecer o método adotado no processo de retorno dos trabalhadores afastados por LER/DORT, estes selecionaram os trabalhadores que retornaram e que, possivelmente, seriam acompanhados no estudo. No entanto, ocorreram duas situações: 1) As empresas A e B apresentaram trabalhadores que se afastaram e retornaram a partir do PRP do INSS; 2) A empresa C não apresentou trabalhadores que passaram pelo PRP do INSS, mas que retornaram à empresa diretamente, a partir de encaminhamento do perito do INSS, após o afastamento por problema musculoesquelético.

Para a coleta de dados, durante as observações sistemáticas das atividades, foi utilizada uma máquina fotográfica (com prévia autorização do trabalhador e da empresa), um caderno e caneta para as anotações necessárias. Durante a observação também ocorreu o

diálogo com o trabalhador a respeito das atividades desenvolvidas.

Com os dados coletados foi construída a ficha de descrição da tarefa - FDT (Constituída por questionamentos como: O que o trabalhador faz?; Como faz?; e observações da analista e do trabalhador – Apêndice D) e foi aplicada a ferramenta Ergonomic Workplace Analysis – EWA (1989), que abrange aspectos físicos, cognitivos e organizacionais do trabalho.

A etapa de validação também ocorreu em sala ou ambiente afastado do trabalho, a fim de que o operador pudesse validar o passo-a-passo descrito pela pesquisadora, sobre o entendimento do trabalho. Foi pedido para que o trabalhador fosse bastante crítico em relação à escrita da pesquisadora, tanto no que fosse necessário retirar, quanto no que fosse necessário acrescentar ao processo. A explicação de que o entendimento do trabalho está na maneira de fazer de cada um foi importante para o envolvimento e colaboração do trabalhador.

Como foi sugerido pelo *Core Set* da CIF para LER/DORT (LIMA et al., 2008) e pela OMS (para todos os *core sets*), dois protocolos foram selecionados: SF-36 (Anexo IV) e HAQ (Anexo V) para a avaliação de saúde. Além destes, foi utilizado o Questionário Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT), do Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional, traduzido (TUOMI, et al., 2005) e validado no Brasil (MARTINEZ, LATORRE e FISCHER, 2009), devido a sua confiabilidade para a avaliação da capacidade para o trabalho.

Estes protocolos (que podem ser autoaplicáveis) foram importantes para a compatibilização dos seus resultados com o *core set* adaptado da CIF para LER/DORT, devido à facilidade e praticidade na sua aplicação.

Foi construída uma tabela (Apêndice C), embasada e adaptada da lista do *Core Set* da CIF para LER/DORT de Lima et al. (2008), para funções e estruturas do corpo, das limitações de atividades e restrição a participação e fatores ambientais, com os respectivos qualificadores, como desenvolvido pelo manual da CIF. No entanto, não foram colocadas todas as categorias (104 categorias), visto que a pesquisadora considerou os itens que abrangiam os aspectos abordados (94 categorias) pelos protocolos escolhidos para avaliação de capacidade (SF-36, HAQ e ICT).

Em sala reservada, foi explicado aos trabalhadores que os protocolos podem ser autoaplicáveis, porém, a pesquisadora também colocou a opção de que poderia ler em voz alta

junto com o trabalhador e fazer as marcações, caso se sentisse mais a vontade. Esta segunda opção foi acolhida por todos os trabalhadores, que disseram se sentir melhor com a participação ativa da pesquisadora. Durante a leitura não houve interferência da pesquisadora sobre as respostas, mantendo-se neutra para que o trabalhador escolhesse a questão que correspondia a sua percepção e também para as suas observações, quando ele considerasse importante justificar alguma resposta.

### Método de análise dos dados

Após a coleta de dados a partir da observação sistematizada do trabalho, foram realizadas as análises dos dados e a validação com os trabalhadores.

A análise dos dados da avaliação de capacidade foi realizada de maneira qualitativa e quantitativa (de acordo com os *scores* das ferramentas) a fim de identificar, a partir dos instrumentos e tabela do *core set* da CIF para LER/DORT, o nível de capacidade para o trabalho dos sujeitos afastados e que estavam retornando às atividades.

Na busca de modelar o processo de trabalho deste estudo, foi utilizado como base inicial o modelo de inclusão da pessoa com deficiência baseado na atividade, desenvolvido por Simonelli (2009), visto que, para o Ministério da Previdência Social, a Lei de Cotas\*\* tem a mesma abordagem no processo de reinserção para o trabalhador reabilitado e para pessoa com deficiência, ou seja, esse trabalhador, com o certificado de reabilitação, passa a compor a Lei de Cotas.

O modelo de inclusão da pessoa com deficiência desenvolvido por Simonelli (2009) contribuiu para a compreensão da disposição dos atores sociais envolvidos no processo e propõe, por meio do método da AET e da aplicação da CIF, identificar os requisitos técnicos exigidos pela atividade, as barreiras, facilitadores e as potencialidades dos trabalhadores, fato que foi a base para a construção do fluxograma de inclusão da pessoa afastada por LER/DORT, porém, adentrando à realidade do adoecimento no mundo do trabalho e nas

---

\*\* A Lei de Cotas (Lei 8213/91) define que todas as empresas privadas com mais de 100 funcionários devem preencher entre 2 e 5% de suas vagas com trabalhadores que tenham algum tipo de deficiência ou incapacidade. As empresas que possuem de 100 a 200 funcionários devem reservar, obrigatoriamente, 2% de suas vagas para pessoas com deficiência; entre 201 e 500 funcionários, 3%; entre 501 e 1000 funcionários, 4%; empresas com mais de 1001 funcionários, 5% das suas vagas (BRASIL, 2014).

percepções e perspectivas dos diferentes atores sociais (analistas do PRP do INSS, trabalhadores e empresas) envolvidos no processo.

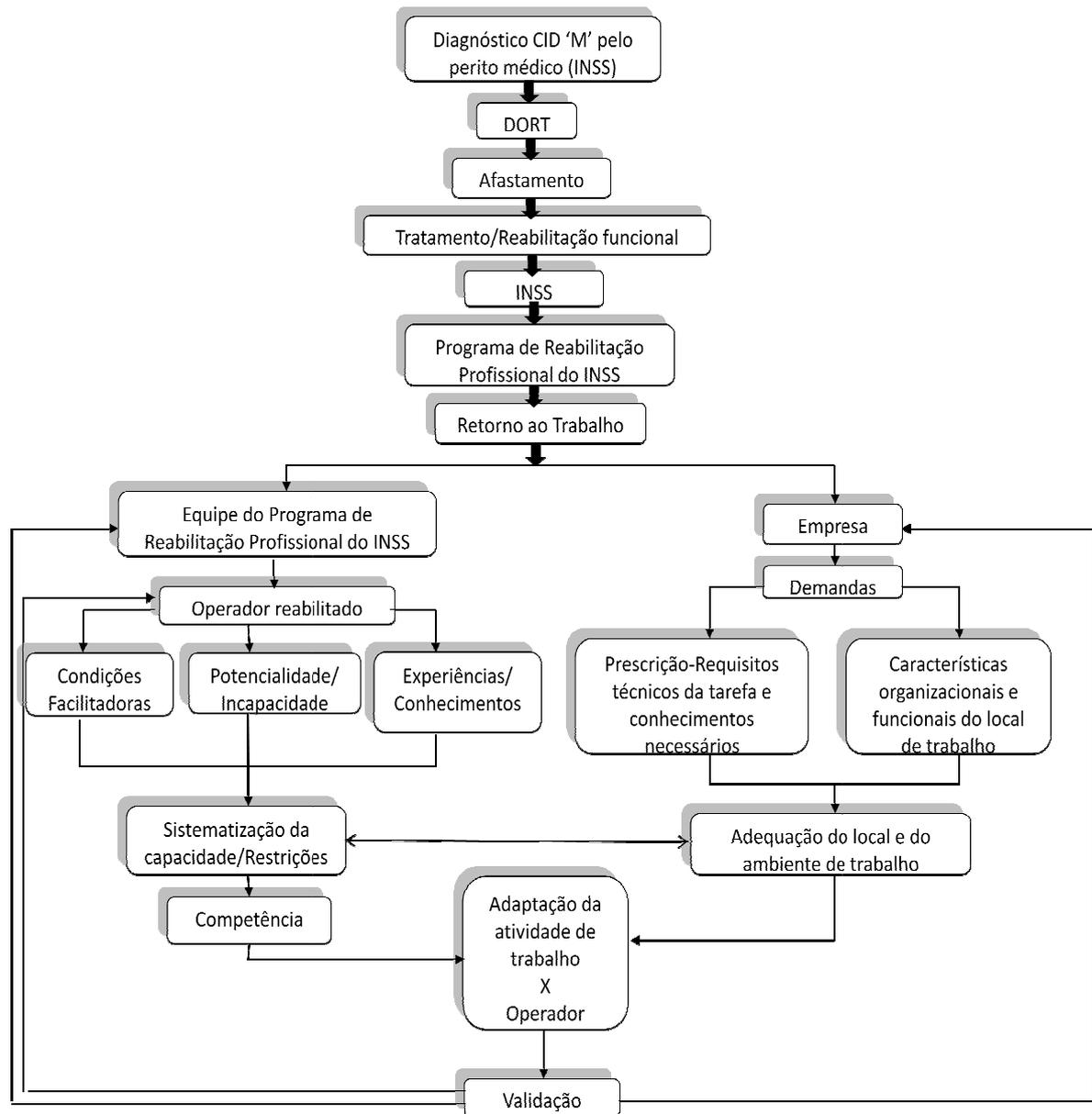
### **3.1. Fluxograma para análise de inclusão da pessoa que retorna ao trabalho após afastamento por LER/DORT**

Foi realizada a sistematização de um fluxograma de inclusão da pessoa que retorna ao trabalho após a identificação de LER/DORT. A princípio tem-se um primeiro esboço deste modelo, que foi utilizado como base para este estudo apresentado na figura 13.

O fluxograma propõe um itinerário de inclusão da pessoa que retorna ao trabalho após o acometimento por LER/DORT. A estrutura e modelo deste fluxograma foram baseados no modelo utilizado por Simonelli (2009) na análise de inclusão da pessoa com deficiência no trabalho.

Inicia-se pelo diagnóstico do perito médico do INSS e afastamento do trabalho seguido, conseqüentemente, por um período de tratamento/reabilitação/readaptação. O perito médico avalia o trabalhador e o encaminha de acordo com suas condições/capacidades. Este encaminhamento acontece de 3 formas possíveis e distintas: a) Identificada a incapacidade permanente, o trabalhador é encaminhado para a aposentadoria; b) Não identificada alguma incapacidade, o trabalhador retorna diretamente para a empresa; e c) Na identificação de incapacidade temporária, o trabalhador é encaminhado para o PRP do INSS. A partir do PRP do INSS, que segue o trajeto do estudo em questão, segue-se para o retorno ao trabalho.

O fluxograma apresenta duas racionalidades do mundo do trabalho: de um lado o operador que está retornando ao trabalho após um afastamento por DORT, com suas potencialidades (físicas e mentais) e limitações para o trabalho. O trabalhador reabilitado volta e se depara com os facilitadores para a execução das atividades, com suas experiências e conhecimentos prévios ou adquiridos a partir de treinamento ou cursos profissionalizantes. Do outro lado, a empresa com suas demandas, seus requisitos técnicos e conhecimentos da tarefa, orienta a execução do trabalho. Além de suas características organizacionais e funcionais do local de trabalho, que são essenciais na adequação do local e do ambiente de trabalho para a re inserção.



**Figura 13: Fluxograma de retorno ao trabalho do trabalhador afastado por LER/DORT. Fonte: Autora.**

A sistematização da capacidade a partir das potencialidades, facilitadores, experiências e conhecimentos revelam as tarefas potenciais a serem realizadas pelo trabalhador que retorna ao trabalho. A análise deste item utilizará do método da Classificação Internacional de Funcionalidade, Capacidade e Saúde (CIF). Do outro lado, na empresa, através da Análise da Atividade de Trabalho (AAT), busca-se a compreensão da atividade e reconhecimento da competência necessária para determinado posto de trabalho.

A adaptação do posto de trabalho, ao operador que volta do afastamento por LER/DORT, deve passar pela AAT, que possui conceitos básicos e fundamentais que orientam as situações de trabalho, a fim de identificar os determinantes e a partir daí, guiar o

processo de desenvolvimento de soluções.

## **4. RESULTADOS**

### **4.1. A prática do INSS sobre o retorno ao trabalho**

O interesse de compreender como funcionam os trabalhos do setor de reabilitação profissional do INSS, desde o recebimento da pessoa acometida por LER/DORT até o seu retorno ao trabalho, foram realizadas duas visitas ao INSS para entrevistas com duas Analistas do Seguro Social de duas APS (Agência da Previdência Social) do interior do estado de São Paulo.

Segundo as Analistas do Seguro Social, o encaminhamento para Programa de Reabilitação Profissional é realizado para aqueles indivíduos que apresentam sequelas definitivas, como lesões musculoesqueléticas, ou seja, que já foram realizados todos os tratamentos possíveis (médico, fisioterápico, psicológico, por exemplo). “A pessoa tem que conviver com aqueles sintomas”, já que não existem mais possibilidades de tratamento que acarretem algum ganho. Portanto, se existe alguma possibilidade de melhora, o trabalhador não é encaminhado pelo perito médico ao Programa de Reabilitação Profissional. O indivíduo é afastado para tratamento, escolhido por ele próprio ou a partir de um encaminhamento médico. Durante todo o tempo de afastamento e tratamento o INSS o assegura.

A equipe do PRP do INSS é constituída por um perito médico e um terapeuta ocupacional ou assistente social. Nas APS estudadas, os profissionais responsáveis pela reabilitação profissional são um perito médico e um terapeuta ocupacional em cada unidade. Estes profissionais são responsáveis pelo atendimento e reabilitação profissional dos trabalhadores de toda a região. Eles que, juntamente com o trabalhador, vão avaliar o retorno ao trabalho, ou seja, haverá uma discussão com o indivíduo que foi afastado do trabalho sobre o seu retorno.

De acordo com as analistas, o Programa de Reabilitação Profissional acontece independente do indivíduo ter vínculo ou não com uma empresa. Ele também poderá fazer um curso profissionalizante para sua qualificação profissional e inclusão no mercado de trabalho. Não é necessário ou obrigatório que a pessoa tenha um vínculo empregatício para que seja encaminhada para o Programa de Reabilitação Profissional. São três as possibilidades de retorno ao trabalho: voltar para a empresa em outra função, na mesma função ou se qualificar para outra profissão (ofício).

Quando há o encaminhamento para o Setor de Reabilitação Profissional, a pessoa vai para o INSS com as informações sobre seus tratamentos, seja pelo SUS ou particular e com o laudo médico. Se os profissionais do Programa de Reabilitação Profissional perceberem que existe algum outro serviço que possa ajudar ainda mais o processo de tratamento (tratamento médico ou reabilitação física) do indivíduo afastado, este é encaminhado. Segundo as analistas, isso acontece raramente.

De acordo com uma das Analistas do INSS, o processo para o retorno envolve:

1º) Inicialmente, uma conversa entre o trabalhador e o analista do Programa de Reabilitação Profissional. Nesse momento verifica-se a situação do indivíduo que foi afastado e é avaliada a possibilidade de retorno ao trabalho;

2º) A verificação de vínculo do indivíduo com alguma empresa;

3º) O encaminhamento de um ofício à empresa, descrevendo a situação atual da pessoa, com suas limitações, os cursos que realizou, etc.;

4º) Em resposta a este ofício, a empresa faz uma proposta de adaptação e inclusão. Esta proposta é analisada pelos profissionais do Programa de Reabilitação Profissional, que chama o segurado para que ele verifique se conhece a atividade e o posto de trabalho sugerido pela empresa. Neste caso, como o número de pessoas afastadas do trabalho é grande e, conseqüentemente, a demanda para o setor também o é, aliada a falta de tempo, faz com que adotem como estratégia, chamar o trabalhador no INSS para essa discussão;

5º) Após chegarem a uma conclusão sobre qual atividade é mais adequada à situação do trabalhador, ainda assim, este passa por um treinamento ou aprendizado na empresa para depois retornar, caso se adapte à nova realidade de trabalho. Portanto, durante esse processo a empresa não pode considerá-lo como funcionário. O trabalhador ainda é mantido pelo INSS, ou seja, ele ainda está como uma pessoa afastada do trabalho. Para o caso em que o indivíduo afastado do trabalho não tenha a qualificação para algum cargo, de acordo com a necessidade da empresa, é encaminhado para um curso bancado pelo INSS e depois a empresa o recebe. O tempo para o treinamento na empresa depende do que ela pede em resposta ao ofício, para que o segurado aprenda a nova atividade. Geralmente as empresas pedem um mês de treinamento e caso precisem de mais tempo, isso é providenciado até que o indivíduo esteja apto para ao trabalho. Caso o trabalhador em treinamento vá até o INSS com a reclamação de que está com

dificuldade ou sentindo dor ao realizar a atividade, os analistas do Programa de Reabilitação Profissional vão até o local de trabalho verificar o que acontece e o que é possível fazer para melhorar a atividade, o posto ou se é necessária alguma mudança no trabalho. Nessa visita, a discussão acontece entre o profissional do Programa de Reabilitação Profissional do INSS, o trabalhador e o representante da empresa, que geralmente é o técnico de segurança ou o médico do trabalho, segundo a Analista. Nessa discussão tenta-se entender o que dificultou o trabalho e tenta-se fazer as adequações junto com a empresa. De acordo com a Analista, são poucos os casos em que há necessidade de ir até a empresa;

6º) Após o treinamento, as empresas enviam um relatório descrevendo como foi o processo de aprendizado e o desempenho do trabalhador. Em algumas situações o relatório pede por mais tempo de treinamento, para que o trabalhador possa aprender um pouco mais do que estava fazendo ou outras atividades relacionadas. Nesse caso, a empresa sugere mais um período de treinamento. Antes da aprovação, os profissionais do Programa de Reabilitação Profissional verificam se o segurado não teve perda ou prejuízo quanto ao novo posto de trabalho;

7º) Após o treinamento o segurado retorna ao trabalho. Nesse momento, o INSS deixa de assegurá-lo e a empresa o assume como funcionário.

#### **4.1.1. Análise da Entrevista com as Analistas do Programa de Reabilitação Profissional do INSS**

Através desta entrevista foi possível verificar que o processo, desde o adoecimento até o retorno, não envolve o entrosamento frequente entre os profissionais do INSS e profissionais externos (profissionais contratados pelo trabalhador para o tratamento/reabilitação).

Segundo as analistas entrevistadas, o PRP do INSS não utiliza uma metodologia específica para a inclusão da pessoa afastada do trabalho por sequela de LER/DORT, mas um formulário que deve ser preenchido com a ajuda do trabalhador, considerado como uma análise do posto de trabalho. Para o formulário é solicitado o preenchimento com os dados do trabalhador, a função na empresa, tarefa e natureza da função; frequência de algumas posturas, movimentos, aplicação de força, se considera o trabalho repetitivo ou se apresenta alguma outra sobrecarga; os materiais e equipamentos utilizados no trabalho; a descrição do ambiente de trabalho, as características físicas e psicofísicas necessárias para o desempenho

da função e remuneração. Portanto, a prévia análise da atividade no posto em que será reinserido não acontece antes do retorno do indivíduo afastado por parte do INSS.

De acordo com uma das analistas, o ideal seria que o Setor de Reabilitação Profissional tivesse uma equipe de profissionais que pudesse, com suas formações, realizar um trabalho mais qualificado. No entanto, segue-se o manual do INSS, pois não tem tempo suficiente, diante da demanda e quantidade de profissionais contratados, para adotar outras metodologias inerentes à reinserção, exceto quando o treinamento não dá certo e o indivíduo volta para o INSS com reclamação da dificuldade. Nessa situação, os profissionais do Programa de Reabilitação Profissional vão até a empresa e lá, algumas vezes, precisam “lançar mão de técnicas terapêuticas para a reinserção”.

Segundo uma das analistas, seu conhecimento está relacionado apenas à APS da cidade onde atua, que é subordinada a uma gerência, que se encontra em uma cidade próxima e que, por sua vez, é subordinada à Superintendência de São Paulo. Existem várias superintendências no Brasil abrangendo diferentes regiões e “como sabemos tem suas particularidades”. No Estado de São Paulo são ao todo 24 gerências, em média 15 APS e dentro destas APS tem-se em média 9 setores de Reabilitação Profissional. Portanto, nem todas as APS tem o Programa de Reabilitação Profissional. A gerência executiva de São Paulo tem um contrato de curso, por licitação (para não beneficiar nenhuma empresa ou escola), com o SENAC. Este modelo de licitação da Gerência de São Paulo será utilizado por outras gerências para facilitar o encaminhamento das pessoas afastadas do trabalho para os cursos de qualificação profissional antes do retorno.

No entanto, os cursos de capacitação para os profissionais que atuam no Programa de Reabilitação Profissional, qualificando-os para atuar no setor, não são oferecidos pelo INSS. De acordo com a analista, existe a possibilidade de oferta, mas não acredita que o INSS se responsabilizará financeiramente pelo curso oferecido, mas poderá dispensar do dia de trabalho para a qualificação do profissional.

A partir desta entrevista, a proposta metodológica de continuidade desta pesquisa seria um estudo de campo direcionado à observação da prática no PRP do INSS, ou seja, como este setor recebe o trabalhador que foi afastado por LER/DORT. No entanto, isso não foi possível, pois a gerência não permitiu este acompanhamento. Para o acompanhamento do processo de retorno ao trabalho, os estudos de caso foram realizados em 4 empresas do setor privado.

## 4.2. Empresas estudadas

As empresas que aceitaram participar da pesquisa foram identificadas pelas letras A, B, C e D, devido às questões éticas e de sigilo com relação ao nome da instituição, os produtos e em relação aos dados dos trabalhadores.

A tabela 6 apresenta as empresas (A, B, C e D) com os respectivos trabalhadores que retornaram ao trabalho após afastamento por LER/DORT e fizeram parte do estudo. A coleta de dados foi realizada a partir das entrevistas, da análise da atividade de trabalho (AAT) nos postos de afastamento e retorno, além da avaliação de capacidade para o trabalho.

Na empresa A foram realizados três estudos de casos com os trabalhadores W, G e P. Na empresa B foi realizado um estudo de caso com o trabalhador J e na empresa C com os trabalhadores M e A (tabela 6).

Na empresa D não foi possível fazer a coleta e análise de dados dos trabalhadores, pois estes entraram em greve. No entanto, foi possível realizar a entrevista sobre o método de retorno ao trabalho utilizado na empresa.

A seguir, foram descritas as características de cada empresa, a entrevista realizada com responsáveis pelo processo de retorno ao trabalho, entrevista com os trabalhadores que estavam em processo de retorno ao trabalho, os resultados da aplicação dos protocolos de avaliação da capacidade para o trabalho, os resultados da análise do posto de afastamento e análise do posto de reinserção.

Tabela 6: Roteiro utilizado na coleta de dados nas empresas.

Coleta de dados		Empresas					
		A		B	C		D
		Trabalhadores					
		Caso W	Caso G	Caso P	Caso J	Caso M	Caso A
AAT – Posto de Retorno ao Trabalho	1*	X	X	X	X	X	X
	2*	X	X	X	X	X	X
	3*	X	X	X	X	X	X
	4*	X	X	X	X	X	X
AAT – Posto de Afastamento do Trabalho	2*	X	X	X	N/A	X	X
	3*	X	X	X	N/A	X	X
	4*	X	X	X	N/A	X	X
Avaliação de capacidade para o trabalho		X	X	X	X	X	X
Entrevista sobre o método de reinserção das empresas		X		X	X		X

- 1\*: Entrevista com o trabalhador (narrativa)  
 2\*: Coleta de dados em campo (observação sistemática)  
 3\*: Tratamento dos dados coletados  
 4\*: Validação da análise com o trabalhador  
 N/A: Posto de trabalho não existe mais na empresa

#### 4.2.1. Empresa A

É uma empresa multinacional do setor metalúrgico, que produz peças para o setor automobilístico e que se encontra em cinco continentes, em aproximadamente 170 localidades de produção e com cerca de 70.000 trabalhadores. Apresenta unidades em todos os continentes e algumas unidades no Brasil, localizadas no Estado de São Paulo.

A unidade estudada possui em torno de 3.000 funcionários, sendo que o número de afastamentos por LER/DORT é expressivo, segundo a empresa que não forneceu o número de casos de afastamento.

##### 4.2.1.1. Entrevista com o representante da empresa A sobre o método de reinserção dos trabalhadores afastados por LER/DORT

Foi realizada uma entrevista semiestruturada com um representante da empresa, consultor em ergonomia, que trabalha com a reinserção de trabalhadores afastados. Segundo ele, a maioria dos casos de afastamento da empresa é causada por lesões musculoesqueléticas

relacionadas ao trabalho.

Segundo o representante, caso o trabalhador volte do INSS sem a necessidade de Reabilitação Profissional e sem restrições, volta para o posto de trabalho, porém, primeiramente passa pelo ambulatório médico para exames. Se o médico entender que o posto merece investigação, chama os responsáveis do SESMT (Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho) e gestor do setor. O SESMT é constituído pelo engenheiro de segurança, médico do trabalho, técnicos de segurança, técnico de enfermagem e pode recorrer a outras assessorias.

Explicou que existem dois caminhos pelos quais os trabalhadores podem passar ao chegar à empresa, a partir do PRP do INSS: 1) A partir do Ofício de Solicitação de posto de trabalho compatível ou 2) com o certificado de reabilitação após um curso profissionalizante.

Na situação 1 é encaminhado um ofício de solicitação de um posto de trabalho compatível às capacidades do trabalhador reabilitado, ou seja, que respeite as restrições funcionais do trabalhador (Anexo VI).

O SESMT da empresa é responsável por traduzir as restrições do ofício para os gestores dos setores que receberão os trabalhadores, portanto, fazem a verificação das restrições de postos de trabalho juntos. Esta tradução diz respeito a uma explicação dos termos técnicos utilizados e desconhecidos pelos gestores.

Os gestores oferecem os postos de trabalho e o ergonomista contratado da empresa faz a análise técnica (verifica se o posto atende às restrições do trabalhador) e confecciona um relatório técnico para o INSS, descrevendo o que o trabalhador fazia na atividade anterior ao afastamento (tarefa), utilizando-se de algumas fotos do posto de trabalho e do trabalhador realizando a atividade, além de alguns itens relacionados ao peso das ferramentas, produção/hora, horário de trabalho e pausa para ginástica laboral. Depois propõe uma atividade para a reinserção do trabalhador que se afastou. Descreve o que o trabalhador fará após reinserção (tarefa) e também enfatiza os itens relacionados ao peso das ferramentas, produção/hora, horário de trabalho e pausa para ginástica laboral. Observa-se que nas análises não consta como o operador faz ou fará a atividade frente à realidade do local de trabalho, ou seja, quais as exigências técnicas das atividades.

Após a descrição dos relatórios, faz algumas considerações acerca das condições do

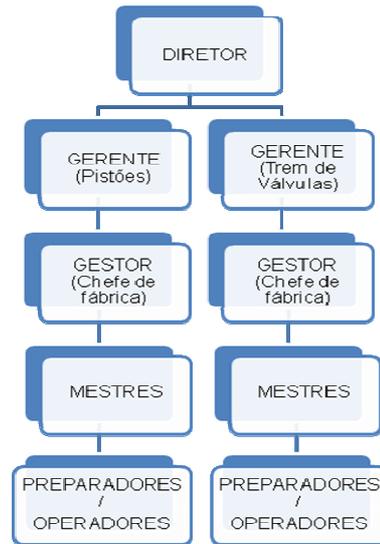
posto de trabalho que está sendo oferecido para a reinserção e relaciona a proposta a NR-17 (Norma Regulamentadora 17) e seu Manual de Aplicação. Aplica uma ferramenta (TOR TOM, Niosh, Rula, etc.) utilizada na ergonomia, de acordo com a necessidade da atividade de trabalho do posto em que pretende fazer a reinserção.

O relatório pode ser considerado compatível ou incompatível pelo INSS. Segundo o representante da empresa, quando é considerado incompatível não explicam o motivo, ou seja, não há discussão para o entendimento do motivo. Quando é considerado compatível, o trabalhador é encaminhado para treinamento (estágio) de 4 semanas com retorno gradativo ao trabalho, ou seja, 4 horas na 1ª semana, 6 horas na 2ª semana, 8 horas na 3ª e 4ª semanas, sendo que podem liberar mais semanas, caso o trabalhador precise de mais tempo para aprender a atividade.

Para o treinamento, o trabalhador leva do INSS para a empresa uma ficha de presença (ainda sob responsabilidade do INSS)(Anexo VII) e um relatório de avaliação (Anexo VIII), cujo avaliador é o mestre da área (tem contato direto com os trabalhadores – figura 14), que observará algumas características como disciplina, horário, desempenho técnico na função, atitudes, comportamento, o quanto conseguiu executar da atividade, se teve dificuldade, se precisará de mais tempo ou não, se está apto ou não a desenvolver a função.

Caso o posto seja aprovado e o trabalhador se adapte bem, ele retorna ao trabalho e tem alta do INSS. Caso o posto seja reprovado, o trabalhador é devolvido ao INSS, que solicitará nova proposta de posto através do mesmo ofício ou o encaminhará para um curso profissionalizante.

Segundo o representante, não há discussão sobre a incompatibilidade dos postos com a equipe do PRP do INSS da região, pois esta não se dispõe a isso. Segundo ele, a equipe do Programa de Reabilitação Profissional não toma como base a adequação do posto e condições reais do trabalhador, mas sim a exa expectativa deste de não voltar a trabalhar naquele posto. Percebe-se uma questão política importante na relação entre estes atores sociais, que caminham em sentidos opostos.



**Figura 14: Hierarquia na produção da empresa A**

Além disso, relata que, algumas vezes, o ofício vem com algumas restrições e depois o certificado com outras restrições agregadas, ou seja, alguns meses depois do ofício agregam-se restrições, sendo que o trabalhador não está ativo ou está em curso profissionalizante. Essa questão coloca em dúvida o método utilizado pelo INSS para a avaliação do trabalhador antes de sua reinserção.

Na situação 2, o operador chega na empresa com o certificado de Reabilitação Profissional após curso profissionalizante. Segundo o representante, isso se dá porque, algumas vezes, a equipe do PRP do INSS envia muitos ofícios com diferentes tipos de restrições, “às vezes absurdas”, e pedem resposta em curto período de tempo. “Cada ofício demanda tempo para reunião e discussão com os gestores dos setores”. Então, como não conseguem responder a todos os ofícios, o PRP do INSS encaminha os trabalhadores para um curso profissionalizante que, muitas vezes, não tem relação com o trabalho da empresa (por exemplo, curso profissionalizante para o ofício de padeiro).

Depois, o trabalhador chega à empresa com o certificado de Reabilitação Profissional sem o aviso prévio do INSS, o que reforça a dificuldade de diálogo entre este serviço e a empresa. A empresa o acolhe, ele passa pelo ambulatório para consulta médica e faz a verificação das restrições e de postos de trabalho com os gestores.

Caso não tenha um posto adequado às capacidades do trabalhador, a princípio, a empresa o abona por alguns dias até preparar um posto e em seguida faz a integração diferenciada por dois dias. Esta integração é diferenciada pelo número de palestras e por tratar

dos benefícios dos funcionários, além da reunião que é realizada no segundo dia de encontro.

No primeiro dia de palestra o conteúdo abrange: funcionamento da empresa, benefícios da empresa, segurança e meio ambiente, ergonomia, direitos e deveres do funcionário. No segundo dia, faz-se a reunião da equipe da empresa: médico coordenador do ambulatório, engenheiro de segurança do trabalho, RT (pessoa das relações trabalhistas – subsetor do RH e gestor da área – responsável direto pelo funcionário) com cada trabalhador para tratar de possíveis postos de trabalho para sua reinserção. Esta reunião é chamada de “*Programa de Reambientação*”. Este programa tem como objetivo principal a “Reambientação para reinserção ao trabalho de funcionários afastados ou com dificuldades de adaptação ao trabalho” e tem como objetivo secundário “Prover estímulo e suporte físico (academia na empresa e suporte na hidroginástica do SESI) e psicossocial para funcionários (acompanhamento/orientação e palestras) com necessidades de reinserção às atividades de trabalho, principalmente àqueles que permanecem ou encontram-se em afastamentos prolongados”. Para suprir o objetivo secundário, a empresa convida os trabalhadores afastados a participar do programa, a fim de mantê-los em contato com a empresa, porém, segundo a empresa, muitos funcionários se recusam a participar desse processo.

Após a reunião, o trabalhador é liberado e, no dia seguinte, é recebido no setor em que trabalhará. Nesse caso, a empresa segue o método do INSS, visto que o trabalhador faz um treinamento (estágio supervisionado) de 30 dias no setor com retorno gradativo. Caso haja adaptação, continua no trabalho. Caso não se adapte, o trabalhador é encaminhado para um novo posto no mesmo setor ou é negociado com o gestor de outra área, via gestor ou gerência.

Durante a reinserção, o médico do trabalho acompanha semanalmente a saúde do trabalhador e o gestor acompanha todo o processo de retorno, e caso precise, aciona o corpo técnico – SESMT.

Nas duas situações a reabilitação profissional acontece nos turnos diurnos (1º turno – 6:00h às 14:00h, 2º turno – 14:00h às 22:00h e turno administrativo – 7:30 às 17:00h) para que possa ter o acompanhamento do SESMT, caso necessário. Portanto, o trabalhador não é assistido pelos profissionais do SESMT com regularidade e não é assistido pelos profissionais do Programa de Reabilitação Profissional do INSS. Percebe-se na fala do representante da empresa que eles não têm “*braços*” para dar conta da demanda, ou seja, de analisar os postos, reinserir e acompanhar o processo de readaptação.

Segundo o representante, os operadores carregam o certificado de reabilitação (Anexo IX) no bolso e “*usam do poder do certificado*” em relação as atividades que vai realizar. Verifica-se que esta é uma maneira dos trabalhadores que retornam de reivindicarem seus direitos/necessidades ou de buscar a melhor adaptação do trabalho.

Ainda segundo ele, a Convenção Coletiva da Categoria Metalúrgica concede estabilidade a quem é certificado até a aposentadoria. Então, isso se tornou um “*meio de vida*” e “*abusam disso*”.

Por outro lado, disse que alguns trabalhadores se adaptam bem aos postos de trabalho e apresentam um bom desempenho. Há casos que correspondem ao desempenho dos outros trabalhadores, sendo que, às vezes, precisam dar limite: “*tem os trabalhadores que produzem e querem produzir mais e o gestor tem que puxar o freio*” e “*tem os que produzem, mas fazem corpo mole*”.

A empresa cumpre com Lei de Cotas, incluindo pessoas com deficiência (PCD) e reabilitados por DORT ou acidente de trabalho.

Para ele, as principais dificuldades no retorno do trabalhador afastado por lesão musculoesquelética têm relação com as restrições informadas pelo INSS. Percebe-se que o representante tem dificuldade em lidar com as restrições pela falta de discussão técnica com o PRP do INSS, associada à realidade do trabalho na empresa.

O representante da empresa não considera os trabalhadores preparados para o retorno, visto que para ele “*o certificado não é sinônimo de que o trabalhador esteja reabilitado para o trabalho*”. Segundo ele, os trabalhadores, muitas vezes, fazem um curso profissionalizante de padeiro, por exemplo, (“*não fica claro para o operador*” que possivelmente voltará para empresa, apesar do curso) e voltam para a empresa: “*tiram o problema de um lugar e mandam para outro*”, ou seja, “*tiram da responsabilidade deles (INSS) e mandam para a responsabilidade da empresa*”. Percebe-se que a realidade da reabilitação profissional está mostrando uma situação de “empurra, empurra” do trabalhador entre a empresa e o PRP do INSS.

De acordo com o representante da empresa, o contato entre a empresa e Reabilitação Profissional do INSS acontece, atualmente, somente através de ofício, visto que “*faziam visita até aproximadamente início de 2014*”, depois disseram que “*não tinham braços para*

*continuar*”.

Segundo o representante, a equipe do PRP do INSS não comparece mais em nenhuma situação. Caso o posto não atenda às necessidades do trabalhador, este entra em contato com o INSS (sob orientação do PRP do INSS), é desligado do treinamento e volta para o programa. Então, mandam novo ofício para a empresa pedindo novo posto de trabalho ou encaminha o trabalhador para cursos profissionalizantes. Portanto, neste caso, não há orientação/ajuda da equipe do Programa de Reabilitação Profissional à empresa durante o processo de inclusão do trabalhador.

#### **4.2.1.2. Estudos dos casos de reinserção da empresa A**

Na empresa A foram analisados os postos de trabalho de três operadores afastados por LER/DORT e que estavam em processo de retorno. Antes da análise foi realizada entrevista inicial para conhecer o trabalhador e entender suas percepções sobre o processo de retorno.

Para a preservação da identidade dos trabalhadores, estes foram identificados pelas letras: W, G e P.

A partir da avaliação de capacidade para o trabalho, utilizando-se dos protocolos SF-36, HAQ e ICT, foi possível identificar todos os itens do *core set* adaptado da CIF para LER/DORT. O ICT demonstrou, no final da análise, um *score* que identificou o nível de capacidade para o trabalho e os protocolos SF-36 e HAQ identificaram estes níveis, qualitativamente e quantitativamente e serão detalhados em cada caso estudado desta empresa.

Foram analisadas as coletas de dados a partir das observações sistemáticas descritas nas FDT e aplicação da ferramenta EWA. A descrição da atividade, nesta ficha, foi realizada a partir de observação sistematizada da atividade de trabalho (validada com o operador).

Os postos analisados, nesta empresa, fazem parte das tecnologias: fundição e usinagem.

#### 4.2.1.2.1. O caso W

##### **Entrevista com o trabalhador afastado por LER/DORT (percepções acerca do adoecimento, afastamento e retorno ao trabalho)**

No dia da entrevista, W estava na terceira semana de estágio (duração de 30 dias) no local escolhido para sua reinserção.

W trabalha na empresa há 15 anos e foi afastado do trabalho devido à ruptura do tendão do ombro direito, por 2 anos, fato que o levou a cirurgia e precisou de tempo para a reabilitação física. Relatou que antes do afastamento por bursite, tendinite e ruptura de tendão do ombro direito, também teve Síndrome do Túnel do Carpo ao trabalhar na mesma máquina.

*“O problema do ombro me causou muita dor e sofrimento”.*

Segundo o operador, o posto do qual se afastou foi o de fundição de alumínio. Ele relatou que, durante o tempo de afastamento, se sentia mal, pois ficava ocioso em casa e desejava voltar a desempenhar sua função. Além disso, teve problemas para dormir, pois pensava muito em seu futuro e na situação em que se encontrava.

Foi reinserido na usinagem, no setor de eixo de comando. Este posto foi oferecido ao PRP do INSS por meio de carta e este o ofereceu a W, que aceitou a proposta e estava estagiando.

*“Tenho medo de chegar ao INSS depois do estágio e eles dizerem que tenho que carregar de 3 a 5 kg e não poder continuar nesta atividade”.*

Relatou ter gostado do posto, pois consegue fazer pausas, apesar da produção exigida ser de 200 peças por hora (quantidade adaptada à capacidade do trabalhador). W diz que faz pausa, aproximadamente, a cada 1 hora.

*“As pausas são importantes”.*

*“Esse é um momento importante, mesmo que seja para tomar água ou ir ao banheiro, já ajuda”.*

Explicou que no outro posto (posto de afastamento), tinha dificuldades para as pausas,

inclusive para ir ao banheiro ou tomar água.

*“Tinha que arrumar alguém para colocar no meu lugar”.*

*“Às vezes não conseguia gente, aí eu deixava parado, não estava nem aí”.*

No posto em que foi reinserido, explicou que foi adaptada uma plataforma a sua altura, porém esta é removível.

*“Quando chego ao trabalho, os outros trabalhadores retiraram a plataforma e vejo que alguns trabalham em altura acima do ombro”.*

*“A adaptação da plataforma é boa para mim e para os outros, pois a atividade é realizada acima do ombro”.*

W acredita que estes trabalhadores também podem adoecer.

Apesar de considerar o posto adequado às suas necessidades, ainda assim diz sentir dor, visto que está se adaptando. Explicou que quando a dor aumenta, deixa seu posto e vai para o ambulatório da empresa.

*“Tem dia que parece não ter nada no ombro, mas tem dia que é como se tivesse um punhal no ombro”.*

### **Avaliação de Capacidade para o Trabalho.**

W. tem 35 anos, solteiro, cursou o ensino médio completo, trabalha desde os quatorze anos e está nesta empresa há quinze anos. Já trabalhou durante a noite, mas alternava turnos antes do afastamento. Atualmente trabalha no período diurno. Segundo ele, as principais exigências do seu trabalho são físicas e considera que sua capacidade para o desempenho, envolvendo sua estrutura corporal e esforço físico, é baixa. Enquanto que, para as exigências mentais do seu trabalho, considera que tem boa capacidade.

Atualmente, em uma escala de 0 a 10, considera que sua capacidade de trabalho é 6 e que possui algumas lesões diagnosticadas pelo médico, como a lesão do ombro, além de obesidade (20kg acima do seu peso), que afirma ser um dos motivos de dores nas costas.

Para dar conta do trabalho atual (posto de reinserção), pontua que algumas vezes precisa diminuir seu ritmo de trabalho ou mudar seus métodos para o mesmo.

Segundo W, desde que voltou, há três semanas, faltou uma vez por motivo de consulta médica. Pontuou que não está muito certo sobre sua capacidade de continuar neste trabalho daqui a 2 anos e que, às vezes, consegue apreciar suas atividades diárias. Relatou ainda, que quase sempre tem se sentido ativo e alerta e, às vezes, se sente cheio de esperança para o futuro.

A partir do ICT foi possível identificar que W precisa de medidas de apoio para melhorar sua capacidade para o trabalho, pois o *score* foi moderado e demonstrou, a partir do questionário, uma expectativa duvidosa em relação ao seu futuro na atividade em que foi reinserido.

Nos protocolos SF-36 e HAQ, pesquisa em saúde, o trabalhador informou que apresenta uma condição muito boa na realização de suas atividades de vida diária e que, comparado há um ano, considera que sua saúde em geral está um pouco pior, visto que devido à volta ao trabalho, passou a sentir mais dores no ombro e no corpo.

*“Parece que dá dor na barriga ao vir trabalhar”.*

Pontuou suas dificuldades na realização de atividades que exigem muito esforço (correr e levantar objetos pesados), em alcançar e pegar um objeto de cerca de 2 kg colocado acima de sua cabeça, em atividades moderadas (mover uma mesa, passar aspirador pó, jogar bola e varrer a casa), ao levantar ou carregar mantimentos, na higiene (lavar e secar o corpo) ou ao vestir-se (abotoar a roupa e amarrar sapato), visto que sente dor. Em algumas situações precisa da ajuda de outra pessoa.

Em consequência de sua saúde física, realiza menos tarefas do que gostaria e é limitado no seu trabalho ou em outras atividades, visto que sente dor e pode piorar o seu quadro. Isso também tem interferido de maneira moderada nas suas relações sociais (família, amigos, etc.).

Em relação aos aspectos emocionais, explicou que nos últimos dias se sente cansado a maior parte do tempo, nervoso uma boa parte do tempo, enquanto que em alguma parte do seu tempo sente-se cheio de vigor e feliz. Pontuou que, na maioria das vezes, acha que sua saúde

vai piorar, mas ainda a considera boa.

### **Análise da atividade dos postos de reinsertão e de afastamento**

#### ***Posto de Afastamento – fundição de alumínio***

Foi realizada a análise da atividade de fabricação de pistões a diesel no setor de fundição de alumínio (Apêndice E).

O trabalho realizado na fundição de alumínio é caracterizado pelas altas temperaturas (dentro do forno de fundição a temperatura varia entre 760°C e 780°C), pela demanda de grande atenção e vigilância em todas as etapas, fator fundamental para a confiabilidade do produto.

Na atividade de fabricação de pistões a diesel, o operador mostra-se suado durante todo o processo e com vermelhidão na face, o que caracteriza a alta temperatura no ambiente de trabalho. Segundo a empresa, é realizado o controle de temperatura utilizando-se o termômetro de globo, para que os operadores tenham conforto térmico.

A atenção é fator fundamental, visto que a demanda se encontra em torno de 80% do ciclo de trabalho, já que o operador deve estar atento ao forno, devido à temperatura ideal para fundição e fabricação da peça. Também deve atentar-se à temperatura do ambiente (tem um relógio que indica a temperatura para os operadores), visto que tem ventiladores e exaustores nos postos, deve colocar a liga no molde a tempo de não solidificar na caneca e deve fazer o visual (inspeção de qualidade) da peça, além do acabamento para que não passe um produto com defeito.

Um constrangimento importante diz respeito ao peso da liga metálica de alumínio dentro da caneca, peso aproximado de 9kg. O operador pega a caneca por um cabo de metal, com aproximadamente 4 kg e a mergulha na liga metálica dentro do forno de fundição. Depois puxa e vira-se para colocá-la no molde da máquina.

Esta atividade exige que o trabalhador também faça o visual (inspeção de qualidade) e acabamento com lixa. Para isso precisa sair para o lado externo da máquina, descendo os dois degraus da plataforma. Faz esse revezamento a cada 5 minutos aproximadamente, tempo para

colocar a liga no molde e esperar a solidificação da peça.

Quanto à postura, mantém-se em pé durante toda a jornada de trabalho, subindo e descendo os dois degraus da plataforma. Além disso, adota postura de flexão da coluna acima de 30° e flexão dos ombros acima de 90°, quando pendura os anéis sobre o forno de Alfim (em torno de 15 anéis por hora).

A repetitividade é diversificada, já que são alternados a cada 4 minutos os ciclos de trabalho, portanto diversifica a utilização dos grupos musculares.

### ***Posto de reinserção – Usinagem***

Na Usinagem foi realizada a análise da atividade de retificação do diâmetro interno do came do eixo de comando do motor à gasolina (Apêndice F).

Esta atividade exige que o trabalhador faça o manuseio de cargas em duas situações: 1) no manuseio de bandejas de 9,6kg – em torno 13 bandejas durante a jornada com distância aproximada de 50 cm do corpo - a cada 1 hora ou de uma só vez (com ajuda) dependendo da disponibilidade de carrinhos; 2) no manuseio de bandejas de aproximadamente 5kg – em torno de 8 bandejas durante a jornada de trabalho, com distância maior que 70 centímetros do corpo - duas vezes na jornada de trabalho. O manuseio de carga para primeira situação sobrecarrega moderadamente as estruturas do trabalhador, devido ao peso e repetitividade (dependendo do dia). Enquanto, a segunda situação sobrecarrega, principalmente, a coluna, devido à associação do manuseio à postura extrema de flexão da coluna (varia entre 80° e 60°) para alcançar e pegar a bandeja do *palet* para colocá-la no carrinho.

Ainda no que diz respeito às posturas adotadas nesta atividade de trabalho, há necessidade de flexão do braço acima da linha articular do ombro para ajustar a máquina a cada hora. Além disso, mantém-se grande parte do tempo em postura ortostática, visto que faz a inspeção das peças usinadas que saem da máquina.

Na inspeção das peças, realiza ciclos repetitivos a cada 10 segundos aproximadamente, sendo que alterna com o abastecimento da esteira, com a retirada das bandejas de peças dos *palets* e com os ajustes da máquina.

A atividade exige grande atenção (em torno de 60 a 80% do tempo de trabalho), visto que realiza o trabalho de inspeção de qualidade e isso exige atenção quanto às medidas (interna e externa da peça), no carregamento da esteira e no ajuste da máquina a cada 200 peças, visto que há um desgaste do rebolo, que passa a produzir peças com defeito.

O operador tem suas estratégias para lidar com as dificuldades associadas à incapacidade adquirida após adoecimentos e afastamento do trabalho. Segundo ele, marca o número de peças que coloca nas bandejas, para ter um controle que não exija sua ida constante à máquina para ajuste, visto que reclama sensação de dor ao elevar o braço acima da linha do ombro.

### **Análise geral do caso W**

Segundo a empresa, W não participou ativamente do programa de reaproximação (Programa oferecido pela empresa, com palestras e atividades físicas, para reaproximação do trabalhador no período de afastamento). Ele esteve presente alguns dias e depois não compareceu mais.

W ficou afastado durante dois anos para a reabilitação do ombro direito e pontuou que durante este tempo sofreu pela ociosidade. Relatou sua necessidade de retorno ao trabalho, porém mostrou-se preocupado com as possíveis intervenções da analista do INSS (que poderia afastá-lo novamente) e com as dores e cansaço que está sentindo após a jornada.

Apesar de W considerar o posto de reinserção bom, pois tem uma boa relação com os outros trabalhadores e por considerar a atividade tranquila devido às pausas, sob o ponto de vista ergonômico, percebe-se que o deslocamento do posto anterior ao seu afastamento para o posto de reinserção trouxe mudanças importantes, mas também mantém alguns movimentos/manuseios que são prejudiciais a sua saúde, semelhantes aos que ocasionaram a síndrome do túnel do carpo e a lesão do ombro direito.

No novo posto de trabalho mantém os movimentos acima da linha articular do ombro direito durante os ajustes que realiza na máquina a cada hora, apesar da adaptação da plataforma à esteira. O manuseio de carga associado à postura extrema de flexão da coluna, além dos movimentos repetitivos na verificação das medidas das peças são motivos das dores

relatadas pelo trabalhador.

A avaliação de capacidade demonstrou um índice moderado, ou seja, precisa de apoio da empresa e do PRP do INSS para melhorar sua capacidade para o trabalho, através de adaptações do ambiente, já que o trabalhador tem um bom relacionamento com os colegas da área de trabalho. O acompanhamento e discussão entre a empresa, PRP do INSS e trabalhador poderia ajustar as competências e direcionar o trabalhador de maneira mais eficaz, ou seja, que lhe desse uma melhor perspectiva para o futuro na atividade em que está sendo reinserido.

#### 4.2.1.2.2. O caso G

##### **Entrevista com o trabalhador afastado por LER/DORT (percepções acerca do adoecimento, afastamento e retorno ao trabalho)**

G começou a trabalhar em 2004 na fundição de ferro, setor do qual se afastou por hérnia de disco na coluna cervical em 2008 para uma cirurgia.

*“Comecei a sentir dores intensas nas costas, principalmente na cervical”.*

*“No início, não conseguia nem levantar da cama”.*

*“Doía muito a cabeça, tomava remédio e não passava”.*

*“A cirurgia ajudou muito”.*

Em 2009 voltou ao trabalho com algumas restrições em relação “aos movimentos repetitivos e ao excesso de peso”. Neste primeiro afastamento e retorno ao trabalho, o trabalhador relatou que voltou direto para a empresa, onde o médico do trabalho (da empresa) o avaliou como apto para a mesma função (na fundição de ferro). Adoeceu novamente e voltou ao médico (externo à empresa), que lhe deu uma carta com restrições para o trabalho, então o médico da empresa o readaptou para outra operação, mas ainda no setor de fundição.

*“Mas eu continuava com dores e vinha para o ambulatório, mas sempre voltava”.*

Em 2013 foi novamente ao médico (externo à empresa) e explicou que não estava aguentando as dores, então fez tomografia da coluna, que constatou três hérnias na cervical e uma hérnia na coluna lombar. Além disso, tem também um cisto na planta do pé que o incomoda muito na postura ortostática.

*“Fiz tratamento para evitar uma nova cirurgia, pois o médico disse que não estava tão grave”.*

*“Hoje estou usando uma palmilha que está ajudando, mas, às vezes, ainda preciso sentar”.*

Foi para o INSS e se afastou por 1 mês com pedido de reabilitação. O perito do INSS o encaminhou para o PRP do INSS. Ficou no programa por 2 anos e 2 meses.

*“No início eu tinha dificuldade por ter que ficar parado”.*

*“Achei que eu estava piorando”.*

Então, a médica do trabalho (novo contrato da empresa) o convidou para participar do programa de reaproximação para os trabalhadores afastados, oferecido pela empresa. Disse que gostou da ideia e começou a participar. Segundo G., haviam palestras (temas diversos sobre saúde ocupacional) e atividade física (hidroginástica). Além disso, dentro da empresa, fez em torno de 20 sessões de fisioterapia.

*“Participei quase um ano e fui melhorando”.*

*“Esse programa foi ótimo, pois abriu minha cabeça e comecei a entender muitas coisas”.*

Quando voltou, não passou por estágio na empresa, pois optou por um curso profissionalizante a partir do PRP do INSS. Escolheu o curso de auxiliar administrativo, que durou 2 meses e 15 dias. Assim, conseguiu o certificado como reabilitado pelo INSS.

*“Queria voltar logo a trabalhar”.*

Retornou à empresa que, juntamente com o trabalhador, selecionou um posto de trabalho em um setor da usinagem. Iniciou o processo de reinserção, fazendo 8 horas por dia,

já havia 3 semanas.

*“Quando voltei, escolhi o posto e está dando certo”.*

*“Tenho um bom relacionamento com os outros trabalhadores e acho a atividade mais tranquila, por isso escolhi este posto”.*

*“Estou aprendendo bem, pois estou há apenas um mês no posto”.*

*“Continuo sentindo dor, mas está controlado com medicação e repouso, quando preciso”.*

Contou que não foi mais à fundição de ferro, mas soube por colegas de trabalho que continuam no setor, que as mudanças ocorridas nos postos foram significativas e que hoje, segundo eles, está em torno de 90% melhor que antes, em termos ergonômicos.

### **Avaliação de Capacidade para o Trabalho**

G. tem 34 anos, casado, não completou o ensino médio, começou a trabalhar com registro em carteira aos dezoito anos, sendo que já trabalhava, aos sete anos, como trabalhador rural.

Sua principal ocupação hoje é na empresa A, onde trabalha há onze anos. Segundo G, o seu novo posto, em que trabalha há um mês desde o retorno, apresenta tanto exigências físicas quanto mentais.

No que diz respeito à pontuação em relação a sua capacidade para o trabalho numa escala de 0 a 10, o trabalhador avalia como 6, sendo que considera boa tanto sua capacidade em relação às exigências de esforço e estrutura física, quanto à capacidade mental (no aspecto cognitivo: resolver problemas, tomar decisões, etc.).

*“Considero minha capacidade boa, pois se eu ficar parado é pior!”*

As lesões por doença que pontuou ter segundo diagnóstico médico, atualmente, foram hérnia de disco na coluna cervical e lombar, e cisto no pé, fato que leva o trabalhador frequentemente a diminuir seu ritmo de trabalho ou mudar suas estratégias.

Quanto a sua expectativa em relação ao seu trabalho para daqui dois anos, considerando sua saúde, disse não estar muito certo, visto que o posto de trabalho ainda não está totalmente adaptado às suas necessidades. Apesar de pontuar que quase sempre aprecia suas atividades diárias, está sempre ativo e alerta, além do sentimento contínuo de esperança quanto ao futuro.

A partir do *score* moderado indicado pelo ICT foi possível identificar que G precisa de medidas de apoio para melhorar sua capacidade para o trabalho, pois, apesar das lesões e dores que sofre frequentemente, tem expectativas positivas em relação ao seu futuro.

Nos protocolos SF-36 e HAQ, pesquisa em saúde, o trabalhador apontou que apresenta uma condição boa na realização de suas atividades de vida diária e que, comparado há um ano, considera que sua saúde em geral está um pouco melhor agora, visto que voltou a trabalhar e as dores são controladas por medicação.

Explicou também que tem muita dificuldade para a realização de atividades vigorosas (com muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados ou pegar um objeto de cerca de 2 kg acima de sua cabeça) e mesmo moderadas (como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola ou varrer a casa). Também assinalou grande dificuldade caso precise curvar-se ou ajoelhar-se, ou precisar andar, mesmo que seja um quarteirão. Além disso, também tem certa dificuldade em subir alguns lances de escadas, carregar mantimentos e para higiene (dificuldade para lavar algumas partes do corpo e enxugar-se; dificuldade para sentar-se e levantar-se do vaso sanitário sem se apoiar) e vestir-se, visto que não consegue elevar os braços para colocar uma camisa ou abaixar-se para amarrar o sapato. Para algumas atividades pede ajuda para sua esposa.

Afirmou que, como consequência de sua saúde física, diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades, realizou menos tarefas do que gostaria, se sente limitado e tem dificuldade de fazer algumas atividades.

Em relação ao seu estado emocional (ansiedade, depressão, etc.), explicou que não interfere no seu trabalho, pois queria muito voltar a trabalhar.

Sentiu dor moderada nos últimos dias, mas afirmou que isso interfere pouco nas suas atividades sociais (família, vizinhos, amigos, etc.) e moderadamente no seu trabalho normal (dentro e fora de casa) por causa das restrições.

Considerou-se uma pessoa calma ou tranquila todo tempo; feliz a maior parte do tempo; cheio de vigor, vontade e energia uma boa parte do tempo; nervoso, desanimado, abatido, esgotado ou cansado em pequena parte do tempo; nunca se sentiu deprimido, a ponto de nada animá-lo. Demonstra uma expectativa positiva em relação a sua saúde e melhora.

### **Análise dos postos de reinserção e de afastamento**

#### ***Posto de afastamento – Fundição de ferro***

Na atividade de centrifugação - *long machine* (Apêndice G), o peso das coquilhas variam entre 8 e 42 kg, porém as de peso em torno de 35kg são frequentemente produzidas, sendo que são produzidas em torno de 8 coquilhas por hora (8 ciclos/hora). Portanto, cada ciclo é realizado a cada 8 minutos aproximadamente. É uma atividade que exige movimentos diversificados e durante a jornada produz em torno de 64 coquilhas.

Este posto exige grande atividade física geral devido ao esforço ao puxar as peças (em sua maioria de 35 kg) da máquina e ao empurrá-las sobre a esteira com a tenaz e devido à temperatura. O esforço ao retirar a peça da máquina para o carrinho faz com que o operador deposite o peso do seu corpo para trás, a fim de ajudar no processo, o que sobrecarrega sua coluna.

O pescoço é mantido em flexão durante a pintura e limpeza da coquilha e os ombros, braços e costas mantêm-se tensos (contração isométrica) ao puxar ou empurrar a peça fundida. Além disso, mantêm-se em pé durante toda a jornada de trabalho.

A comunicação é limitada pelos ruídos da área e necessidade de concentração dos trabalhadores.

Há uma exigência cognitiva importante, visto que o trabalhador deve ficar muito atento (mais de 80% do ciclo) à atividade e aos riscos. Também deve tomar decisões importantes, visto que monitora os resultados, ou seja, deve ter competência para realizar os procedimentos dentro do tempo, no ponto e forma adequada para a qualidade e confiabilidade do produto.

### ***Posto de reinserção – Usinagem***

A embalagem de anéis (Apêndice H) acontece no setor da usinagem e é uma atividade que envolve a retirada dos anéis da gancheira, inspeção destes, a embalagem em saco plástico e depósito na caixa, na qual serão transportados. É um ciclo que acontece durante toda a jornada de trabalho em várias máquinas, portanto, com variados tamanhos e pesos de anéis, sendo que a maior frequência acontece para os pacotes de anéis que pesam entre 3 e 4 kg (os outros pacotes podem chegar até 10kg, nesse caso disse que tem ajuda de outros trabalhadores). A repetitividade pode ser considerada diversificada e cada ciclo tem duração em torno de 5 minutos. Faz o manuseio ao retirar o pacote de anéis do suporte, embalá-los e ao colocá-los dentro da caixa, chegando a flexionar a coluna em quase 90°.

Ainda, no que diz respeito à postura, é uma atividade que exige flexão acima de 20° da cervical ao inspecionar peças no suporte e ao colocá-las nas caixas. Mantém-se grande parte do tempo em pé, sente dores na planta do pé que tem um cisto. Não foram identificadas cadeiras na área de trabalho.

O nível de atenção é grande, visto que o erro ou falha na inspeção dos anéis podem trazer problemas para o trabalhador, que tem as caixas registradas no seu nome.

### **Análise geral do caso G**

G não participou do estágio do PRP do INSS antes de ser reinserido, pois escolheu fazer um curso profissionalizante de auxiliar administrativo. No entanto, voltou para empresa e foi reinserido no setor de usinagem.

Participou ativamente do programa e reaproximação da empresa, assistindo palestras, fazendo hidroginástica e fisioterapia durante o tempo de afastamento. Segundo o trabalhador, isso foi importante durante o tempo de afastamento (aproximadamente 2 anos), pois se sentiu melhor e acolhido. Este apoio antes do retorno foi importante para a reaproximação do trabalhador que estava sofrendo por causa da sensação causada pelo afastamento social e ociosidade.

A atividade de embalagem de anéis foi escolhida pela equipe da empresa com a

participação de G, que considerou o posto mais tranquilo e de bom relacionamento interpessoal. No entanto, as exigências da atividade quanto aos movimentos de flexão da coluna e repetitividade, associados ao seu quadro, podem ser responsáveis por mais um afastamento.

Na avaliação de capacidade o trabalhador demonstrou-se ativo e animado com o processo pelo qual estava passando na nova atividade, porém a questão ergonômica também deve ser levada em consideração pelos especialistas e deve ser motivo de discussão para as adaptações necessárias, já que foi aberta a possibilidade de inclusão no posto.

Ainda de acordo com a avaliação de capacidade, seu índice demonstrou-se moderado, portanto, precisa de apoio da empresa para melhorar sua capacidade para o trabalho, por meio de adaptações. O próprio trabalhador, apesar de demonstrar-se animado para o trabalho, pontuou que não está muito certo sobre seu futuro nesta atividade sem a adaptação da altura das caixas.

#### **4.2.1.2.3. O caso P**

##### **Entrevista com o trabalhador afastado por LER/DORT (percepções acerca do adoecimento, afastamento e retorno ao trabalho)**

P trabalha na empresa há 16 anos e, durante este período, trabalhou mais de 10 anos no setor de embalagem de peças.

*“Embalava todos os tipos de peças, de todos os tamanhos, pequenas e grandes”.*

*“No início, além da embalagem eu também fazia rebarba das peças grandes manualmente, quando tinha revezamento”.*

Em janeiro de 2014 se afastou do trabalho por tendinite no ombro direito (fez cirurgia) e explicou que tem um tumor no tornozelo (fez cirurgia duas vezes), o que lhe dificulta ficar em pé por muito tempo. Voltou para o estágio em fevereiro de 2016, portanto, ficou em torno de dois anos afastado. Participou da escolha do posto de reinserção para o mesmo setor e o PRP do INSS o encaminhou.

*“Acho que a gente tem que trabalhar no lugar que a gente gosta”.*

Segundo P, esta atividade (posto de reinserção) permite uma pausa importante (aproximadamente 40 minutos) para o descanso dos braços, ombros e permite sentar-se, além de ser uma atividade de embalagem de peças pequenas.

*“O ombro dói, mas menos hoje em dia”.*

*“O tornozelo dói e dependendo do dia, várias vezes. Sinto uma fisgada”.*

*“Quando o pé dói posso sentar neste trabalho”.*

*“Os mestres sempre me ajudam no processo quando sinto dor. Colocam gente para ajudar”.*

*“Antes não tinha máquina para peça pequena e máquina para peça grande, como hoje, então tinha que embalar tudo. Hoje está separado, então escolhi trabalhar com peças pequenas”.*

### **Avaliação de Capacidade para o Trabalho**

P tem 44 anos, é casado, cursou o ensino médio completo, trabalha desde a idade de quatorze anos. Está na empresa A há dezesseis anos e durante este período trabalhou grande parte do tempo à noite.

Considera que a atividade de embalagem de eixo pequeno apresenta tanto exigências físicas quanto mentais durante sua execução.

No que diz respeito à sua capacidade para o trabalho hoje, em uma escala de 0 a 10, considerou a pontuação 6 como referência de como se sente atualmente, sendo que no que diz respeito às exigências físicas do trabalho (por exemplo, no esforço com partes do corpo), considerou sua capacidade moderada e quanto às exigências mentais do trabalho (por exemplo, interpretação de fatos, resolver problemas e tomar decisões) considerou sua capacidade boa.

Disse que tem as seguintes lesões por doença a partir de diagnóstico médico: tendinite no ombro direito (no qual fez cirurgia), recorrente inflamação do nervo ciático, tumor na região do tornozelo, tendinite no joelho (segundo P, devido ao piso desregular e por, no passado, puxar muitos cavaletes pesados), hipertensão arterial, frequente dor no peito, usa medicação contínua para sinusite aguda, uma diminuição da audição (“*não escuto direito mais*”), sempre faz tratamento dos rins, pois tem pedras, é diabético e também, ultimamente, tem apresentado alergia devido à medicação (olhos ficam vermelhos, inchados e corpo vermelho também).

Algumas vezes precisa diminuir seu ritmo de trabalho ou mudar suas estratégias para dar conta da atividade por causa das dores que sente. No último mês teve que se afastar por dois dias para tratar a sinusite e por sentir dor na costela, já que se machucou em um movimento brusco.

Afirmou que não está muito certo de seu futuro neste trabalho, apesar de quase sempre apreciar suas atividades diárias, se sentir ativo, alerta e, continuamente, cheio de esperança para o futuro. “*Se eu não pensar assim, a vida não tem sentido*”.

O *score* para o ICT foi moderado, portanto, P precisa de medidas de apoio para melhorar sua capacidade para o trabalho, pois apesar de seus comprometimentos físicos, mostra-se animado no retorno ao trabalho.

A partir dos protocolos SF-36 e HAQ, o trabalhador considera sua saúde ruim, pois acha que tem muitos problemas e que atualmente, em relação há um ano, está um pouco pior de saúde. “*Estão aparecendo coisas (doenças), como: hemorroidas, diabetes, pressão alta*”.

Explicou que tem muita dificuldade em atividades vigorosas (que exigem esforço, como correr e levantar objetos pesados), para subir escadas, para curvar-se, ajoelhar-se, para andar (anda em pequenas distâncias), para carregar mantimentos, além disso, sente um pouco de dificuldade para atividades moderadas (mover uma mesa e varrer a casa), para a higiene (tomar banho, ao enxugar-se, ao sentar e levantar do vaso sanitário sem apoio), ao levar um copo cheio até a sua boca, ao levantar-se da cama. Precisa de ajuda da esposa em várias atividades que realiza em casa.

Em consequência de sua saúde física, afirmou que diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava às atividades, realizou menos tarefas do que gostaria, esteve limitado e teve

dificuldade no trabalho e em outras atividades. No entanto, não pontuou que qualquer problema emocional possa ter interferido no seu trabalho e outras atividades.

Segundo P sua saúde física interferiu de maneira moderada nas suas atividades sociais normais, em relação aos contatos com família, vizinhos e amigos, já que pontuou a sensação de dor neste último mês como grave, principalmente no pé que apresenta o tumor. Relatou que as dores interferiram um pouco no seu trabalho e na realização de outras atividades.

A todo tempo tem se sentido cheio de vigor, vontade e força. A maior parte do tempo tem se sentido calmo, tranquilo, feliz, mas também muito cansado. Em alguma parte do tempo tem sentido muita energia ou desanimado, mas nunca se sentiu deprimido a ponto de nada animá-lo.

Não sabe se sua saúde vai piorar, mas pontua que sabe que não tem uma saúde excelente.

### **Análise dos postos de reinserção e de afastamento**

#### ***Posto de afastamento- Usinagem***

A atividade realizada no posto de embalagem de eixos grandes (Apêndice I) foi selecionada e analisada, pois, segundo o trabalhador, o posto de embalagem de todos os tamanhos de peças já não existe. Para entender o processo para as peças maiores foi realizada a análise neste posto.

As peças deste posto têm peso que varia entre 10 e 15kg, sendo que o manuseio é realizado da esteira para o *palet* (caixa), com distância acima de 50 cm do corpo e com pausas de 20 minutos para outras atividades. O trabalhador pega uma peça de cada vez para colocar dentro do *palet* (a máquina produz 51 peças por vez) com flexão da coluna acima de 30°, principalmente quando inicia o preenchimento do *palet*, que não tem regulagem de altura.

A contração estática dos braços no manuseio de uma peça por vez é moderada durante toda a jornada, mas diz que tem trabalhadores que manuseiam uma peça em cada mão.

A repetitividade neste posto de trabalho é diversificada, já que o trabalhador alterna seus movimentos com outras atividades a cada 20 minutos e exige grande atenção, pois

também inspeciona a qualidade do produto e a quantidade de peças que coloca em cada *palet*.

### ***Posto de reinserção – Usinagem***

A atividade de embalagem de eixos médios e pequenos (Apêndice J) exige o levantamento dos eixos da esteira para serem colocados no cavalete. No dia da observação sistemática, o trabalhador levantava uma peça (4kg) em cada mão para colocar dentro do cavalete. Às vezes colocava duas peças em uma mão (8kg) e com a outra pegava mais uma sobre a esteira. Nesta atividade o manuseio da carga é realizado à distância maior que 70 cm do corpo durante toda a jornada. Apesar das pausas de 15 minutos, isso a torna moderadamente crítica. No entanto, para o caso de P é mais crítica, visto que ele já teve uma lesão no ombro.

*“A peça é leve, mas até o fim do turno fica pesado”.*

Portanto, é um trabalho segmentado, ou seja, de conteúdo restrito e de repetitividade cíclica. O trabalhador realiza dos mesmos movimentos durante toda a jornada, apesar das pausas. Os ciclos ocorrem em período abaixo de 30 segundos e as peças são colocadas em dois cavaletes durante a jornada, em torno de 720 peças.

A contração estática durante o manuseio das peças, na jornada de trabalho, faz com que a atividade seja crítica, principalmente para P.

*“Vai chegando no final do dia, a mão nem fecha direito e o cotovelo dói”.*

*“A peça exige força do braço inteiro”.*

No início do preenchimento do cavalete, o trabalhador flexiona mais a coluna acima de 30° para colocar lado a lado e mantêm-se em pé durante a jornada, com pausas a cada 15 minutos, que aproveita para sentar-se, estratégia utilizada pelo trabalhador por causa das dores que sente.

*“Apesar da regulação do cavalete, as costas doem um pouco”.*

O ruído da área limita a comunicação entre os trabalhadores e segundo P, o nível de atenção exigido por esta atividade é grande, visto que deve ficar atento às peças de refugo para colocar somente as peças adequadas dentro do cavalete e deve atentar-se ao número de peças que coloca em cada um.

### **Análise geral do caso P**

P foi convidado a participar do programa de reaproximação da empresa, para palestras e hidroginástica durante o tempo de afastamento, porém, segundo a empresa, ele não participou.

O trabalhador ficou em torno de dois anos afastado do trabalho e voltou a partir do estágio oferecido pela empresa por meio do PRP do INSS.

P demonstra-se abatido, devido à quantidade de problemas de saúde física que apresenta, apesar do otimismo e de se considerar cheio de energia.

A análise confirma que o posto de afastamento causou o adoecimento do trabalhador, diante do peso das peças e posturas extremas ao colocá-las no *palet*.

O posto de reinserção ainda precisa de alguns ajustes e orientações para a sua capacitação. As pausas de 40 minutos que P relatou no início (na entrevista) não passaram de 15 minutos, pois, segundo ele, isso se deve à demanda que aumentou nos últimos dias. O manuseio de mais peças em cada mão sobrecarrega mais seu ombro, cotovelo e punho, quando pega duas peças (8kg) para depositar no cavalete. Além disso, apesar da regulagem de altura do cavalete, em alguns momentos faltou este ajuste, pois inclina-se mais quando precisa alcançar o fundo do cavalete.

#### **4.2.2. Empresa B**

Empresa multinacional do setor químico, com 14 unidades distribuídas em vários

países e produz em torno de mil itens diferentes, que são exportados para mais de 70 países. No Brasil há mais de 2.500 funcionários que trabalham na produção e no setor administrativo.

#### **4.2.2.1. Entrevista com representante da empresa B sobre método de reinserção dos trabalhadores afastados por LER/DORT**

A pesquisa foi realizada em uma indústria química, localizada na região do interior do Estado de São Paulo e possui em torno de 2.000 funcionários.

O fisioterapeuta do trabalho e ergonomista foi o representante com a qual foi realizada a entrevista sobre o processo de retorno de trabalhadores afastados por queixas musculoesqueléticas após a passagem pela reabilitação profissional.

O representante explicou que a princípio recebe a notificação do PRP do INSS, ou seja, uma carta explicando o diagnóstico do trabalhador afastado e restrições que devem ser respeitadas para a escolha da atividade em que este será reinserido. Leva a carta e prontuário até o médico do trabalho, com quem discute o caso, e decidem o melhor posto de trabalho para a reinserção. Com a liberação do médico, o representante manda a carta respondida para o INSS com a proposta de posto de trabalho.

Se o posto não for aceito pelos analistas do PRP do INSS, um novo posto é avaliado. Se o posto é aceito, leva o retorno ao médico e ambos escolhem um setor para a reinserção, já que dependendo da tarefa é possível escolher um setor.

Até o momento da entrevista o processo era realizado assim; no entanto, explicou que na última reinserção, o gerente do setor manifestou insatisfação, por não ter sido comunicado dos acontecimentos desde o início. Segundo o representante, isso gerou sérias discussões e chegaram à conclusão de que o retorno seria melhor realizado se o setor estiver a par e preparado, previamente, para este processo. Portanto, a partir de agora, desde o início do recebimento da carta pelo INSS, será realizada uma reunião, não mais somente com o médico, mas também com o gerente e supervisor do setor de possível reinserção.

Aproximadamente uma semana antes do estágio (com período pré-estabelecido pelo PRP do INSS de um mês), o médico faz o exame de retorno ao trabalho. Faz o ASO (Atestado de Saúde Ocupacional), em que coloca as restrições do INSS e, se preciso, faz também as restrições que ele considera importantes. Logo depois, o representante também conversa com

o trabalhador para saber/entender se deambula com facilidade, se realiza as AVDs, se utiliza medicamentos, se realiza atividade física, etc., além de tentar entender, pelo próprio trabalhador, a história do afastamento.

No primeiro dia de estágio o trabalhador é esclarecido quanto a tarefa que realizará, são entregues os EPIs, é explicada a importância do ASO e as restrições. Segundo o representante, pede ao trabalhador que avise, caso o setor não atenda às suas restrições, pois *“isto pode adoecê-lo novamente”*.

O trabalhador passa por integração de segurança para o trabalho. É levado para o setor em que será reinserido e apresentado para toda a equipe, que foi previamente preparada para o seu retorno. Assim, ele fica a par da organização do trabalho e organização da produção.

Neste período de estágio, em que há o acompanhamento diário (5 a 10 minutos) do representante no posto de reinserção, o trabalhador trabalha 8 horas durante a jornada de segunda à sexta-feira. Verifica como está a adaptação do trabalhador à empresa, sendo que o questiona sobre sua condição (*“Se sentiu dor de ontem para hoje”*; *“Se está atendendo as restrições”*; *“Como está em relação à organização do trabalho”*; etc.) e observa o seu trabalho.

Depois que completa os 30 dias de estágio, o trabalhador faz todos os exames de retorno, integração de segurança e são entregues os EPIs novamente.

Segundo o representante da empresa, o trabalho no estágio inicia-se com um ritmo mais brando, ou seja, com atividade mais fácil, que evolui gradativamente até a musculatura se acostumar. Sempre que necessário faz orientações quanto às posturas, inclusive tira fotos para que o trabalhador compare sua postura adequada e inadequada. Também explica que utiliza as fotos e relatório para evidência.

Afirmou que até o momento a efetividade nas inclusões (sem recidiva) que são realizadas na empresa é de 100%.

Explicou que a empresa busca cumprir com a Lei de Cotas, mas tem dificuldades por não conseguir que PCDs se interessem. Segundo o representante, *“Imploram para vir PCD para entrevista, mas não vem”*.

Explicou também que os funcionários que retornam ao trabalho, geralmente tem um bom desempenho e correspondem à produtividade em relação aos demais trabalhadores. Sempre pergunta ao coordenador da área se o trabalhador está atingindo as metas e a resposta é positiva.

As principais dificuldades elencadas no retorno ao trabalho são a aceitação do trabalhador no setor de produção e a falta de ajuda e acompanhamento do INSS durante o processo de inclusão. Apesar disso, liga no INSS e sempre dá um *feedback* aos analistas sobre o processo de retorno nesta empresa.

A empresa B apresenta a seguinte hierarquia no setor de reinserção, como demonstra a figura 15.

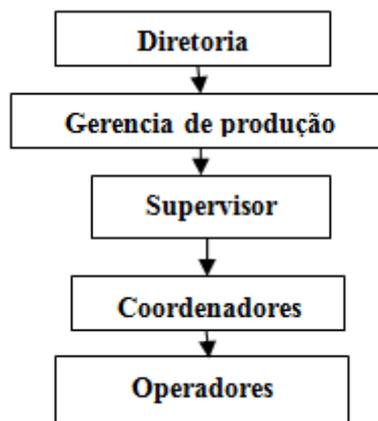


Figura 15: Hierarquia na empresa B.

#### 4.2.2.2. Estudo do caso de reinserção da empresa B

Na empresa B foi analisado o posto de trabalho de um trabalhador afastado por LER/DORT e que estava em processo de retorno (estágio supervisionado). Antes da análise foi realizada entrevista inicial para conhecer o trabalhador e entender suas percepções sobre o processo de retorno.

Para a preservação de sua identidade, o trabalhador foi identificado pela letra J.

A partir da avaliação de capacidade para o trabalho, utilizando-se dos protocolos SF-36, HAQ e ICT, foi possível identificar o nível de capacidade para o trabalho.

Foram analisadas as coletas de dados a partir das observações sistemáticas descritas nas FDT e aplicação da ferramenta EWA. A descrição da atividade, nesta ficha, foi realizada a partir de observação sistematizada da atividade de trabalho, que posteriormente foi validada com o operador.

#### 4.2.2.2.1. O caso J

##### **Entrevista com o trabalhador afastado por LER/DORT (percepções acerca do adoecimento, afastamento e retorno ao trabalho)**

J trabalhou na empresa B durante 6 anos, quando teve que se afastar por desgaste do quadril. Ficou afastado do trabalho por 12 anos, fez cirurgias, colocou uma prótese no quadril direito e disse que também está com um desgaste no quadril esquerdo. Segundo ele, não tem casos semelhantes na família.

O trabalhador relata que tem dificuldade de trabalhar se movimentando como antes ou andando, pois sente muita dor, inclusive para ir até o refeitório para almoçar ou para se deslocar até o estacionamento, na saída do trabalho.

*“Tenho dificuldade para ir almoçar e para ir embora”.*

*“Ando devagar e com um pouco de dificuldade”.*

Voltou ao trabalho a partir do PRP do INSS e já estava em estágio há duas semanas (o estágio é de 30 dias), fazendo 8 horas de trabalho desde o primeiro dia.

*“Muita coisa não dá pra fazer mais”.*

*“É uma dor que fica”.*

Explica que, no posto onde está reinserido, considera importante a alternância que lhe é permitida, entre ficar sentado e andar um pouco, alternando posturas.

*“Enquanto estou sentado, trabalhando, ou se estou movimentando, não dói, mas quando eu paro e esfria, dói!”*

J afirmou que se sente bem por voltar a trabalhar e que se sente útil.

### **Avaliação de Capacidade para o Trabalho**

J tem 46 anos, é divorciado, terminou o ensino médio completo e começou a trabalhar com 14 anos de idade. Está na empresa B há mais de 18 anos e antes de se afastar, trabalhava das 16:00h à 1:00h.

Explicou que considera que seu trabalho atual exige principalmente do aspecto físico, apesar de na maior parte do tempo ficar sentado.

Na escala de 0 a 10, considerou que sua capacidade para o trabalho hoje é 5, pois sente dores. O trabalhador afirma que além das dores nos quadris, também tem sentido dores nas costas e acredita que pode ser por nunca ter trabalhado sentado, mas sim se deslocando.

*“Sempre trabalhei me movimentando. Nunca trabalhei sentado. Talvez, por isso, sinto dores nas costas”.*

*“Mas não vejo possibilidade de trabalhar andando, já travei”.*

Classificou sua capacidade física (esforço com partes do corpo) para o trabalho, hoje, baixa e sua capacidade mental (interpretação, resolução de problemas e decisão) para o trabalho como boa.

No que diz respeito às lesões que adquiriu por acidente ou doença, de acordo com o diagnóstico médico, citou uma lesão nas costas (chegou a fazer cirurgia), lesão nas pernas (necrose do quadril direito e desgaste do quadril esquerdo) e obesidade (médico pediu que emagreça, pois o peso pode prejudicar seu quadro). Ainda, segundo sua percepção, tem dores constantes nas costas, que o leva a tomar analgésicos com frequência.

Considerou que devido a sua lesão precisa algumas vezes diminuir seu ritmo ou mudar seus métodos de trabalho.

Durante os dias de estágio na empresa não precisou se afastar nenhum dia por problemas de saúde, consulta ou exames; no entanto considera que devido a sua saúde, não está muito certo de que daqui a 2 anos será capaz de desenvolver seu trabalho atual.

Quase sempre consegue apreciar suas atividades diárias, tem se sentido alerta e ativo, e que as vezes tem esperança no futuro.

*“Quando sinto dor, dá desanimo e incerteza”.*

O *score* final nesta avaliação foi moderado, logo, mostra que a empresa precisa ajudar a melhorar sua capacidade para o trabalho, portanto medidas para melhorar o ICT são recomendadas.

Na avaliação a partir dos protocolos SF-36 e HAQ, pesquisa em saúde, foram coletadas algumas informações importantes e que também respondem ao aspectos elencados na CIF.

No que diz respeito a como se sente e quão bem é capaz de realizar suas atividades de vida diária, J explicou que considera boa e que, sua saúde em geral está um pouco melhor agora do que há um ano.

*“Fiz cirurgia do quadril e agora me sinto melhor”.*

Explicou que sente muita dificuldade para realizar algumas atividades, como: atividades vigorosas (que exigem muito esforço), atividade moderadas (tais como jogar bola, varrer a casa e pegar objetos acima de sua cabeça), para levantar ou carregar mantimentos, para subir lances de escada, para ajoelhar-se ou flexionar-se (por exemplo, para amarrar o sapato), para levantar-se e deitar-se (da cama ou do vaso sanitário), para andar 1km ou vários quarteirões. Enquanto considera que tem um pouco de dificuldade para subir um lance de escada, andar um quarteirão e para tomar banho ou vestir-se (ao lavar ou enxugar membros inferiores). Geralmente, tem ajuda da mãe para fazer atividades de casa ou compras. Além disso, às vezes utiliza muleta canadense em casa, para facilitar o deslocamento e a cadeira de banho.

No último mês, apontou que se sentiu limitado e com dificuldades em seu trabalho e outras atividades, como consequência de sua saúde física. Além disso, explicou que a

quantidade de tempo que dedicava a outras atividades diminuiu, pois chega cansado e com dor, então, precisa deitar-se para descansar e melhorar, portanto, também diminuiu a quantidade de tarefas que gostaria de fazer.

Explicou que sua saúde afeta de maneira moderada as suas atividades sociais normais com familiares, amigos ou vizinhos, pois nas últimas 4 semanas tem sentido muitas dores, o que, segundo J, interferiu de maneira moderada no seu trabalho e nas outras atividades.

*“Apesar de sentir dor, faço o trabalho. Não gosto de ficar reclamando. Já acostumei com a dor”*

Indicou que ultimamente, em boa parte do tempo tem se sentido cheio de vigor, vontade, força, energia, feliz além de calmo e tranquilo. No entanto, também se sente desanimado e abatido por causa da dor. Em parte do tempo sente-se esgotado, e em pequena parte do tempo sente-se nervoso, deprimido e cansado, apesar de demonstrar-se otimista quanto a sua melhora.

### **Análise dos postos de reinserção e de afastamento**

#### ***Posto de afastamento: Movimentação de material***

Antes do afastamento, o trabalhador fazia o manuseio de cargas (empilhava madeiras), puxava e empurrava vagões cheios de madeira.

Esta atividade já não existe mais na empresa, pois o processo mudou. Segundo ele, empilhava madeira (tronco de árvores) manualmente, junto com 3 a 4 pessoas. Disse que fazia muita força ao puxar ou empurrar os vagões cheios de madeira. Levava a madeira para o barracão para esta descansar e trazia a mesma para a fábrica. Trabalhava nesta atividade durante a jornada de 8 horas.

#### ***Posto de reinserção: Central de embalagem***

A atividade de montagem de caixas (Apêndice K) é segmentada e apresenta um ciclo de aproximadamente 10 segundos. No entanto, o trabalhador explicou que consegue alternar sua postura a cada 30 ou 40 minutos com outras atividades do posto, para ficar em pé e

movimentar-se de outras maneiras, pois sente dor. Isso torna a repetitividade diversificada, ou seja, há alternância nos procedimentos para a realização do trabalho.

A comunicação é limitada pelo ruído da área, porém afirma que não tem dificuldade para se comunicar com os colegas e o nível de atenção para esta atividade é média, pois mantém-se atento por cerca de 30 a 60% do ciclo.

No local de trabalho há uma cadeira que permite a regulação e embaixo da mesa tem um apoio para os pés. No entanto, esta atividade exige coordenação motora fina e aproximação do campo visual do trabalhador, o que dificulta o apoio dos seus braços na mesa. Realiza movimentos de rotação da coluna, quando pega embalagem de um lado e o material de encaixe do outro lado, para depois, no centro da mesa, realizar a montagem. Além disso, faz o movimento de flexão da coluna ao colocar parte da caixa montada à frente.

Segundo J, sente dor,

*“Principalmente, quando tenho que movimentar para frente e para trás e não tem como apoiar o braço”.*

### **Análise geral do caso J**

J apresenta um quadro de comprometimento físico grave, porém passou por processo de reabilitação física e mental durante o tempo de afastamento, 12 anos. Durante este tempo não houve aproximação da empresa, pois esta não oferece um programa que reaproxime o trabalhador afastado. Indicou na avaliação que, durante parte deste tempo de afastamento, teve depressão, pois se afastou dos contatos sociais e se sentia inútil.

Demonstrou-se envolvido nas atividades do posto em que foi reinserido, pois se sente útil e tem energia para as atividades, porém as dores causadas pelo desgaste nos quadris e coluna o deixam desanimado e abatido, de acordo com avaliação. Esta apontou que o trabalhador precisa de medidas da empresa para melhorar seu ICT.

Tem demonstrado se adaptar às diferentes situações, criando estratégias, com a ajuda da empresa, como por exemplo, a partir da alternância de postura, quando sente esta necessidade ou quando a atividade exige, como foi demonstrado na análise da atividade.

A postura de trabalho precisa ser melhorada, visto que a rotação e flexão acima de 20° da coluna durante a atividade podem piorar o seu quadro clínico. Além disso, precisa de orientação quanto à regulagem da cadeira para que consiga apoiar os braços à mesa durante a montagem, já que esta exige destreza e uma aproximação do campo visual.

Percebe-se que o responsável pela reinserção, apesar do acompanhamento diário, não consegue estabelecer discussão técnica com o PRP do INSS, pois o analista do programa não consegue participar dos processos de retorno ao trabalho da região, devido à demanda.

### **4.2.3. Empresa C**

É uma empresa do setor metalúrgico, uma multinacional de origem americana e fabrica em quatro continentes. No Brasil localiza-se no interior do Estado de São Paulo.

#### **4.2.3.1. Entrevista com representante da empresa C sobre método de reinserção dos trabalhadores afastados por LER/DORT**

Esta empresa possui em torno de três mil funcionários e segundo um dos entrevistados (engenheira de segurança do trabalho, enfermeira do trabalho e técnico de segurança), é classificada como de grau de risco 3.

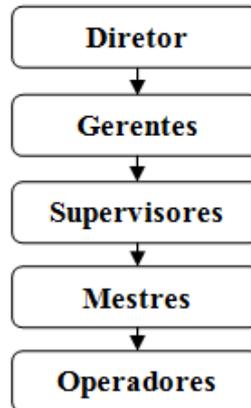
O processo de retorno ao trabalho inicia-se com o recebimento da carta do INSS pelo setor de saúde (enfermagem e assistente social). O médico chama o trabalhador para entender melhor a sua necessidade antes de identificar um posto, visto que “os médicos externos à empresa, muitas vezes, não colocam um CID que condiz com a realidade clínica do trabalhador”.

O setor de saúde encaminha a carta para o SESMT da empresa. Há uma discussão entre saúde e segurança para verificar qual o melhor posto diante das restrições do trabalhador. O técnico de segurança do trabalho é responsável por procurar os postos de trabalho compatíveis com as condições do trabalhador ou restrições apontadas pelo INSS.

O SESMT verifica o histórico do trabalhador e separa três postos de trabalho compatíveis com as suas limitações. Caso não consigam selecionar três postos no mesmo centro de custo (área), procuram selecionar em outro setor. Antes de indicar os postos,

procuram o mestre de produção para verificar a possibilidade. Caso o mestre aprove, o supervisor e gerente são informados. Segundo a equipe, é importante ter mais de um posto para que os trabalhadores façam o revezamento de funções. Consideram as pausas e revezamento importantes no uso da musculatura durante o trabalho.

A empresa C apresenta a seguinte hierarquia, conforme a figura 16.



**Figura 16: Hierarquia na empresa C**

De acordo com a equipe, tenta-se a princípio colocar o trabalhador no mesmo setor de onde se afastou, visto que os supervisores dos outros setores têm dificuldades em receber os trabalhadores afastados.

Segundo a enfermeira do trabalho, na integração dos trabalhadores ao ambiente de trabalho, tem-se conseguido que a produtividade seja “*praticamente, a mesma que dos outros trabalhadores*”.

Utilizam esta mão de obra que retorna para cumprir com a Lei de Cotas, pois segundo a equipe, está muito difícil encontrar PCDs que consigam acessar ao ambiente da empresa. Isso mostra que a empresa não é acessível a todas as necessidades.

Após a escolha do posto, o técnico de segurança faz a descrição da tarefa (passo a passo), discrimina as ferramentas que o trabalhador usará, segundo ele, detalhando inclusive com fotos. Esse processo é anexado à carta do médico e encaminhado para o PRP do INSS.

Caso a analista e o trabalhador aceitem, combina-se o estágio supervisionado. Segundo a empresa, o analista geralmente não acompanha o processo de retorno ao trabalho.

Para o estágio, o trabalhador combina um horário com a empresa. A duração do estágio é de um mês, sendo que trabalha 6 horas por dia durante este período. O INSS envia um cartão de frequência, assinado pelo mestre, confirmando que o funcionário esteve presente.

O técnico de segurança explicou que pede ao trabalhador que informe se sente dor/desconforto e como está sendo a aceitação do novo posto. Segundo ele, vai até o posto de duas a três vezes por semana acompanhar o processo durante o estágio.

Ao cumprir com o tempo de estágio, o trabalhador recebe alta do INSS com o Certificado de Reabilitação Profissional. Caso o trabalhador não se adapte, é encaminhado de volta para o INSS, visto que os analistas não acompanham o processo para a identificação dos problemas e discussão técnica.

Segundo os representantes, quase todos os casos conseguem retornar e permanecer no trabalho. O número de afastamentos ocorre todo ano, com uma média de 100 trabalhadores (acidente e doença do trabalho). Em 2015 foram realizados 172 retornos, sendo que 2 não foram efetivados. Em janeiro de 2016 foram aposentados 35 trabalhadores. Sofreram acidente no trabalho, aproximadamente, 5 trabalhadores. Receberam auxílio doença (geral), aproximadamente, 42 trabalhadores.

As áreas de afastamento variam muito entre usinagem, bobinados e área de motores. Isso vai depender da produção, pois existe uma rotatividade muito grande dentro da empresa, ou seja, um grande revezamento de atividades entre os trabalhadores. Isso acontece devido à demanda do mercado, que é instável/intermitente e por isso, os trabalhadores também acabam ficando instáveis nas atividades, pois os responsáveis os encaminham para os postos onde há maior demanda. *“Isso compromete a satisfação do funcionário”, “apesar de que, com a crise econômica do país, os funcionários estão mais calmos”.*

Segundo a equipe, o percentual de efetividade no retorno ao trabalho fica em torno de 90% dos casos.

O mestre não pode trocar o posto do trabalhador reinserido, exceto se a equipe de saúde for avisada e com o aceite do trabalhador. Segundo a equipe, o próprio trabalhador recusa-se a trocar de posto.

De acordo com a equipe, a produtividade do trabalhador que retorna após afastamento é igual a dos outros trabalhadores. Explicaram que este trabalhador apresenta problemas com os colegas de trabalho por não aceitar trocar de posto para os revezamentos (a empresa pede o revezamento para a maioria dos funcionários). Deram um exemplo: Quando o trabalhador quer ficar em apenas um posto sentado e os outros dependem do revezamento para isso durante a jornada de trabalho. *“Isso causa mal estar na equipe”*.

Uma das dificuldades no processo de retorno dos trabalhadores afastados tem relação com o excesso de revezamento entre as atividades, visto que nem todas atendem às necessidades do trabalhador.

Segundo a enfermeira do trabalho, *“o trabalhador não vem preparado pelo INSS para o posto em que será reinserido, portanto, se vai para um setor diferente, precisa aprender todo o processo na empresa”*.

#### **4.2.3.2. Estudo dos casos de reinserção da empresa C**

Nesta empresa é utilizado o revezamento entre as atividades, com frequência. Portanto os trabalhadores não ficam em apenas um posto durante a jornada de trabalho ou durante toda a semana.

Para preservar a identidade dos trabalhadores foram chamados pelas letras M e A. Estes casos não foram encaminhados para o PRP do INSS, sendo direcionados diretamente pelo perito do INSS à empresa. Considerou-se importante este estudo para comparar o processo de retorno ao trabalho com a participação do PRP do INSS e sem ela.

##### **4.2.3.2.1. O caso M**

#### **Entrevista com o trabalhador afastado por LER/DORT (percepções acerca do adoecimento, afastamento e retorno ao trabalho)**

M trabalhava na empresa há 3 anos, realizando diferentes atividades, até ser afastada há 1 ano por Síndrome do Túnel do Carpo o que, segundo ela, aconteceu a partir do trabalho realizado, durante 5 meses, em uma atividade específica de embutição. Precisou passar por cirurgia na mão, por reabilitação física, para depois voltar direto à empresa, ou seja, o médico

perito não a encaminhou para o PRP do INSS. O afastamento durou 2 meses e depois a trabalhadora voltou às atividades normais, que segundo ela, envolve revezamento entre diferentes atividades.

Sua reinserção aconteceu em três postos, nos quais faz revezamento, pois, segundo M, estar em um ou outro posto depende da demanda de produção.

*“No início doía muito, mas dependendo da atividade doía menos”.*

M explica que com o revezamento, as exigências de algumas atividades acabam sendo amenizadas, porém sempre tira suas dúvidas com os trabalhadores mais experientes, por realizar várias atividades em diferentes postos de trabalho.

*“Por causa do revezamento, confirmo com os mais experientes”.*

Disse que, atualmente não sente mais dores como antes, pois sente que sua mão está melhor. No entanto, disse que sente dores frequentes na cervical.

*“Todos os dias meu pescoço dói. Estou fazendo fisioterapia”.*

*“O pescoço dói, mas faço o que tenho que fazer”.*

Atualmente, explica que está bem e disposta para o trabalho. Explicou que o posto responsável pelo seu adoecimento é motivo de afastamento de vários funcionários.

### **Avaliação de Capacidade para o Trabalho**

M tem 32 anos, é casada, tem o ensino médio completo e começou a trabalhar nesta empresa com 29 anos.

Segundo M, as atividades dos postos de reinserção exigem tanto do aspecto físico como do aspecto mental.

Na escala de 0 a 10 no que diz respeito à capacidade para o trabalho atual, pontuou que hoje é 7. Considera que sua capacidade física (esforço físico para partes do corpo, por exemplo) para o trabalho é moderada e sua capacidade mental (interpretação, resolução de

problemas, tomada de decisão, por exemplo) para o trabalho é boa.

Não possui lesões/doenças atualmente, de acordo com diagnóstico médico, pois se considera curada da Síndrome do Túnel do Carpo, após cirurgia e reabilitação física. No entanto, em sua opinião, tem problemas na coluna cervical, já que todos os dias sente dores e faz fisioterapia para melhorar. Além disso, diz se sentir muito ansiosa.

Não sente que sua situação atual causa qualquer impedimento na realização de suas atividades.

Disse que nos últimos 12 meses se afastou por 2 meses por causa da cirurgia, devido à Síndrome do Túnel do Carpo.

Considera ser bastante provável que daqui a 2 anos esteja fazendo seu trabalho atual.

Explicou que quase sempre aprecia suas atividades diárias, sempre está ativa e alerta e continuamente tem esperança para o futuro.

*“Tem que ter fé em Deus e seguir em frente”.*

O *score* para ICT é bom, portanto, é importante ter objetivo de apoiar a capacidade para o trabalho que M tem demonstrado.

A partir dos protocolos SF-36 e HAQ, M considerou como boa a sensação e o quão bem realiza suas atividades de vida diária atualmente. Comparando com um ano atrás, disse que hoje sua saúde está muito melhor, já que se afastou do trabalho por problemas de saúde.

Não apresenta nenhuma dificuldade na realização das atividades de vida diária, tanto para atividades mais vigorosas, como correr, levantar objetos pesados, ou participar de esportes árduos.

Considera que sua saúde não interfere de maneira negativa no trabalho e nas outras atividades diárias, apesar de sentir dor moderada no pescoço. Segundo ela, sua saúde não interfere de forma alguma nas suas atividades sociais normais.

Considera que boa parte do tempo se sente cheia de vigor, vontade, força, calma, tranquila, cheia de energia e feliz, assim como também se sente muito nervosa, desanimada,

abatida e cansada.

Na maioria das vezes considera-se uma pessoa saudável e de boa saúde.

### **Análise dos postos de reinserção e de afastamento do caso M**

M foi reinserida em 3 atividades, das quais participa com maior frequência, e às vezes, ainda ajuda em alguns outros postos, de acordo com a necessidade da empresa.

O setor de afastamento é de bobinados e os setores de reinserção envolvem montagem.

#### ***Posto de afastamento – Embutição***

O espaço de trabalho para a atividade de embutição (Apêndice L) apresenta carência de espaço para as pernas, visto que é pequeno e não satisfaz as necessidades antropométricas de alguns trabalhadores, como a observada neste dia. As cadeiras são de madeira e não apresentam um apoio adequado para a lombar, além de estarem sem regulagens.

A atividade exige aplicação de força dos braços, que realizam movimentos rápidos na utilização da espátula ao inserir os fios dentro do estator.

*“Sinto dores no cotovelo direito e, às vezes, na mão e pontas dos dedos também. Acordo com as mãos e dedos formigando”.*

Ainda em relação à postura, a coluna lombar não tem o apoio adequado da cadeira e a atividade exige a flexão da coluna cervical durante toda a jornada.

O conteúdo da atividade de embutição é segmentado e é uma atividade repetitiva, com ciclo de duração de 1 minuto. A “diversificação” dos movimentos acontece no revezamento com outras duas atividades a cada hora.

A comunicação é limitada pelo ruído da área e pelo nível de atenção exigido pela atividade (60 a 80% do ciclo), e se houver erro o estator não passa pelo teste.

### **Postos de reinserção do caso M**

#### ***Montagem manual do PTC da compela (Apêndice M)***

De um lado da linha, esta atividade é realizada frente a uma bancada e a operadora fica sentada em uma cadeira sem regulagem de altura e os pés são apoiados na auréola (apoio da própria cadeira) da cadeira. Do outro da linha também frente à bancada, a cadeira também não tem regulagem, portanto M utiliza-se da estratégia de colocar um papelão dobrado para aumentar a altura.

Em relação às posturas, mantém os ombros, coluna, cotovelos e punhos em contração durante a atividade repetitiva de colocar as peças na prensa e ao puxar a alavanca. A trabalhadora explica que ao ficar durante todo o turno nesta atividade, apesar de alguns revezamentos, sente dores nas pernas, coluna e ombros.

Cada ciclo dentro desta atividade é de 5 segundos e produz em torno de 1000 peças. Portanto, esta atividade é caracterizada por ser repetitiva (cíclica), porém o revezamento com outras atividades durante o turno de trabalho ameniza as exigências da tarefa.

O nível de atenção é grande (60 a 80% do ciclo), visto que deve atentar-se aos diferentes modelos e itens que não podem ser esquecidos na montagem. Portanto, a operadora relata a necessidade de competência nessa atividade.

#### ***Colocar kit na linha (Apêndice N)***

Esta atividade é realizada em pé, a operadora deve buscar o *kit* em um *palet* e colocá-lo, após verificação, sobre o carrinho da linha. Exige esforço durante flexão da coluna (que pode chegar a quase 90°) para pegar os *kits* no *palet*, pois, em algumas situações está muito baixo ou está distante do alcance da operadora. Além disso, no que diz respeito à postura, faz contração isométrica (estática) dos braços ao elevar os *kits* (podem pesar de 300 a 500g) durante o manuseio até a linha e ao colocá-los sobre o carrinho. A operadora explica que, quando tem que fazer esta atividade durante longos períodos, mesmo com o revezamento, sente dores.

O conteúdo desta atividade é segmentado e caracterizado pela repetitividade, que se

torna mais ou menos diversificada, dependendo do número de revezamentos que faz durante a jornada de trabalho.

O nível de atenção é grande (entre 60 e 80% do ciclo), visto que deve atentar-se à verificação dos *kits* antes do encaixe no carrinho.

### ***Inserir estator na linha (Apêndice O)***

A atividade de inserir estator acontece dos dois lados da linha, de modos diferentes, mas revezados entre as duas operadoras.

Cada estator pesa em torno de 500 g e é manuseado do *palet*, ao lado da linha, para o encaixe deste na referida linha. Na maioria das vezes faz o movimento em bloco, portanto, não faz a rotação da coluna durante observação. No entanto, o posto de trabalho não impede que isto aconteça. A atividade exige contração isométrica (estática) dos braços durante manuseio. O revezamento com a outra trabalhadora diminui a sobrecarga física, visto que do outro lado da linha encaixa parafusos e arruelas e também faz o abastecimento dos postos com matéria prima.

É uma atividade de conteúdo segmentado, portanto repetitiva, porém o que diversifica os movimentos são os revezamentos entre as operadoras a cada hora.

O nível de atenção é grande (entre 60 e 80%), pois os modelos de parafusos e estatores são variados e não podem ser misturados. Portanto a confiabilidade do produto final depende da competência do trabalhador.

### **Análise geral do Caso M**

M foi afastado por 2 meses do trabalho com a Síndrome do Túnel do Carpo, no entanto, a partir da cirurgia e reabilitação, foi encaminhada, após avaliação do perito do INSS, diretamente para a empresa.

A avaliação mostrou um bom ICT que deve ser apoiada pela empresa para que possa manter seu nível de capacidade para o trabalho.

M demonstra-se bem nas atividades nas quais foi reinserida, consegue realizar todas as atividades sem dores na mão em que teve a Síndrome do Túnel do Carpo. Durante entrevista, relatou sentir-se curada. No entanto, pontuou sentir dores na cervical com certa frequência, o que o incomoda e a fez procurar o atendimento de um fisioterapeuta.

Na análise das atividades da qual se afastou e nas quais foi reinserido, percebe-se que a falta de uma cadeira com regulagens para a sua estatura e as posturas que adota em algumas situações podem agravar as dores na coluna. Fatores que necessitam de adaptação para um melhor apoio à potencialidade que M demonstrou possuir na avaliação de capacidade.

O revezamento adotado pela empresa ameniza os efeitos de alguns pontos negativos apresentados na análise das atividades, onde M foi reinserida, no entanto, pode criar risco de lesão de outros grupos musculares. Porém, estes pontos podem ser melhorados sem comprometimento à produtividade e, juntamente, beneficiar os outros trabalhadores que se veem em postos de trabalho com problemas semelhantes.

#### **4.2.3.2.2. O caso A**

##### **Entrevista com o trabalhador afastado por LER/DORT (percepções acerca do adoecimento, afastamento e retorno ao trabalho)**

A trabalha na empresa C há 26 anos. Afastou-se do trabalho em agosto de 2015 por 30 dias e voltou. Explicou que estava com o tendão do braço esquerdo inflamado, além disso, também reclamou ter uma inflamação crônica dos tendões dos pés (bursite).

*“Tem dia que o braço dói o dia todo”.*

*“A inflamação dos pés vai e volta. Tenho dificuldade de apoiar os pés no chão, dói o nervo”.*

Após o afastamento e reabilitação física, passou pelo médico perito do INSS, que a reencaminhou direto para a empresa.

Realizava um conjunto de atividades, a partir de revezamento, mas segundo a trabalhadora, as atividades provavelmente responsáveis pela inflamação do braço foram colocar parafuso na tampa do RG e mexer tubo.

Quanto às atividades onde foi reinserida, continua revezando de acordo com as demandas da empresa, no entanto, considera que duas atividades exigem maior esforço físico durante a jornada, que lhe causa dores.

*“Dependendo do movimento que eu faço dói muito”.*

A trabalhadora explica que com a volta ao trabalho, continua fazendo todas as atividades, seguindo as demandas do posto.

Também expõe sua dificuldade no relacionamento com alguns colegas de trabalho, visto que sente competitividade e intolerância quanto às dificuldades da trabalhadora que retornou após o afastamento.

*“Tem lugar que é corrido e um quer sobressair ao outro”.*

*“É difícil se relacionar com todos, tem gente que acha ruim eu ficar em alguns postos. Não entende”.*

### **Avaliação de Capacidade para o Trabalho**

A tem 46 anos, é casada, cursou o ensino médio completo, está na empresa há 26 anos e começou a trabalhar com 12 anos de idade.

Considera que seu trabalho exige tanto no aspecto físico quanto mental.

Numa escala de 0 a 10, considera que sua capacidade para o trabalho atual é 8. Classifica tanto sua capacidade física (por exemplo, fazer esforço com partes do corpo), quanto sua capacidade mental (por exemplo, em interpretações e tomada de decisões) como moderada.

De acordo com diagnóstico médico, apresenta as seguintes lesões atuais: lesão nas costas (tem “bico de papagaio”), dor nas costas que irradia para as pernas (ciático), tendinite no braço, bursite nos pés, inflamação da cervical, além de fazer tratamento para ansiedade.

Explica que às vezes precisa diminuir seu ritmo de trabalho ou mudar suas estratégias. Disse que o revezamento entre atividades ajuda.

Nos últimos 12 meses, A ficou afastada por 30 dias por causa da tendinite no braço.

Considerando sua saúde, não está muito certo sobre sua capacidade para o trabalho atual daqui a 2 anos.

Às vezes aprecia suas atividades diárias e sente-se alerta e ativo. Além disso, considera que quase sempre se sente cheia de esperança para o futuro.

O *score* para ICT de A foi moderado, portanto precisa de medidas da empresa para melhorar sua capacidade para o trabalho.

A partir dos protocolos SF-36 e HAQ, foi possível constatar que A considera que sua saúde em geral é boa e que atualmente sua saúde está um pouco melhor do que há um ano.

Sente muita dificuldade na realização de atividades vigorosas (por exemplo: levantar objetos pesados e correr), subir lances de escada, para ajoelhar-se e para flexionar sua coluna, sendo que considera que tem um pouco de dificuldade para atividades moderadas (por exemplo: varrer a casa e mover uma mesa), para levantar ou carregar mantimentos, para andar, mesmo que seja um quarteirão, para tomar banho (lavar cabeça, pois sente dores nos braços), para levantar-se (da cama, cadeira ou vaso sanitário) ou deitar-se na cama, dificuldade para levar copo ou xícara à boca, para abrir porta do carro e para abrir potes. Precisa de ajuda para realizar algumas atividades.

No último mês, devido a sua saúde física e saúde mental (ansiedade) diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho e outras atividades, realiza menos tarefas do que gostaria, esteve limitada e teve dificuldades no seu trabalho e outras atividades. No entanto, segundo A, isto interferiu de maneira moderada nas suas atividades sociais normais.

Sentiu dores moderadas no corpo que interferiram bastante no seu trabalho e outras atividades normais.

Na maior parte do tempo sente-se nervosa. Em uma boa parte do tempo sente que tem muita energia, vigor e cheia de vontade. Em parte do tempo sente-se calma, tranquila, feliz, assim como também se sente esgotada, cansada, desanimada e abatida.

Não considera que sua saúde vá piorar, mas também não se considera tão saudável quanto algumas pessoas que conhece.

## **Análise dos postos de afastamento e reinserção**

### **Postos de afastamento**

#### ***Colocar parafuso na tampa do RG (Apêndice P)***

Esta atividade é caracterizada pela repetitividade, pois o trabalhador solda parafusos em aproximadamente 1000 tampas para ter uma pausa de 5 minutos. Cada trabalhador produz em torno de 600 peças por hora, com ciclo abaixo de 30 segundos. Isso também caracteriza aspecto segmentado e conteúdo pobre à atividade.

Mantém contração estática dos braços ao pegar a peça, colocar para soldar o parafuso e ao colocá-la na esteira. Além disso, ao fazer este movimento, rotaciona a coluna, e exige que o trabalhador fique em pé durante toda da jornada.

*“Dói o cotovelo”.*

*“No fim do turno as pernas ficam queimando”.*

A comunicação é limitada pelo ruído da área e necessidade de concentração, visto que A deve atentar-se à soldagem do parafuso à tampa de maneira correta.

*“Tenho que prestar muita atenção. Se eu precisar de conversar, preciso parar a atividade”.*

#### ***Mexer tubo (Apêndice Q)***

Nesta atividade o espaço de trabalho não apresenta apoio para os pés e a cadeira é de madeira e não apresenta regulagem de altura.

É uma atividade com ciclo abaixo de 30 segundos, portanto, repetitiva, apesar do revezamento com outra atividade dentro do próprio posto a cada 2 horas. Por dia, mexe o tubo

de 3000 tampas. A repetitividade nos movimentos de mexer o tubo com o calibrador exige do cotovelo e punho.

Mantém as costas em contração durante a atividade, devido à falta de regulagem da cadeira e a flexiona ao pegar as peças que chegam à esteira a sua frente. Neste posto é possível alternar a postura sentado e em pé.

É um trabalho segmentado e a comunicação é limitada pelo ruído da área e necessidade de concentração na atividade que exige grande atenção, pois o encaixe do calibrador e a maneira como faz o movimento é importante para a confiabilidade do produto.

### **Postos de reinserção**

A foi reinserido em algumas atividades devido aos revezamentos realizados na empresa; no entanto, considera que duas atividades exigem maior esforço físico durante a jornada. O setor de reinserção é a estamparia, e as atividades são de colocar pino na carcaça e embalagem das tampas.

#### ***Colocar pino na carcaça (Apêndice R)***

Esta atividade é carente de espaço para as pernas diante da máquina, onde coloca os pinos. A cadeira é de madeira e não tem regulagem de altura.

*“Às vezes, apoio os pés na máquina e na cadeira do colega”.*

*“Levanto estalando tudo e doendo, pois fico com as pernas abertas para me aproximar da máquina”.*

É uma atividade segmentada e caracterizada pela repetitividade cíclica, visto que o ciclo de trabalho acontece a cada 3 segundos.

Mantém os ombros em flexão (90°) durante o tempo em que coloca os pinos na máquina. Repete este movimento a cada 3 segundos.

*“Queima os ombros”.*

As costas mantêm-se durante a atividade, sem o encosto/apoio da cadeira para a coluna lombar.

*“Dá para perceber que quando consigo pegar uma cadeira melhor é diferente. Não dói tanto”.*

A comunicação é limitada pelo ruído da área e pela necessidade de concentração, pois tem que produzir em torno de 480 peças por hora.

O nível de atenção é grande (entre 60 e 80% do ciclo), apesar do sensor da máquina, visto que deve ficar atento ao momento que o colega de trabalho vai colocar a carcaça sobre os pinos.

*“Se não prestar atenção, o colega pode bater a carcaça na mão de quem coloca os pinos”.*

### ***Embalagem das tampas (Apêndice S)***

As tampas com cerca de 300 gramas e são retiradas das gancheiras em movimento para serem colocadas nos *racks* (em vários níveis). As posturas durante a retirada das tampas e na embalagem nos *racks* são diversificadas e são repetitivas. Flexiona o ombro acima de 90° ao pegar algumas tampas acima de sua cabeça, flexiona a coluna, em torno de 90°, ao pegar tampa abaixo dos seus joelhos e ao colocá-las nos níveis mais baixos dos *racks*. Além disso, mantém contração estática dos braços ao segurar as tampas. Agacha em situações em que precisa colocar as tampas nos níveis inferiores dos *racks*.

Pega em torno de 4 peças por vez.

*“Tem algumas tampas que são mais leves e tem que pegar mais peças por vez, senão passa e você se perde no posto”.*

A comunicação é limitada pelo ruído da área.

*“Lá não se fala, tem que gritar por causa do barulho”.*

O nível de atenção para esta atividade é médio, apesar de ter que atentar-se aos tipos

de tampas para cada *rack*.

### **Análise geral do caso A**

A foi afastado durante um mês, pois teve tendinite no braço esquerdo; foi avaliado e encaminhado diretamente pelo perito do INSS para a empresa.

Na avaliação apresentou ICT moderado, o que indica que a empresa pode melhorar sua capacidade a partir de medidas nos postos, nos quais foi reinserido.

O quadro de A condiz com as exigências das atividades dos postos de afastamento, visto que estas apresentam alguns condicionantes que são responsáveis por parte dos diagnósticos médicos apontados, além da tendinite, problemas na coluna e bursite nos pés.

Os postos de reinserção também apresentam alguns condicionantes que agravam o quadro de A, principalmente, devido à repetitividade, postura, falta de espaço para as pernas e contração estática dos braços. Apesar dos revezamentos amenizarem estes constrangimentos, ainda assim, são responsáveis pelas frequentes dores do trabalhador.

A situação estudada de A demonstra que a empresa C precisa adequar o trabalho às necessidades do trabalhador, respeitando seus limites e utilizando suas potencialidades, visto que apenas o revezamento é insuficiente, frente às demandas das atividades em que foi reinserido e às lesões adquiridas com o tempo de trabalho.

A constatação de *score* moderado na avaliação deste trabalhador mostra que ele tem seu ICT semelhante ao dos trabalhadores que foram afastados na empresa A, no entanto, eles foram encaminhados pelo perito para o PRP do INSS, para depois voltarem à empresa. Isso coloca em questão o método utilizado pelo perito médico para o encaminhamento ou não ao PRP do INSS, já que segundo as analistas deste programa, isso acontece a partir de identificação de incapacidade.

#### 4.2.4. Empresa D

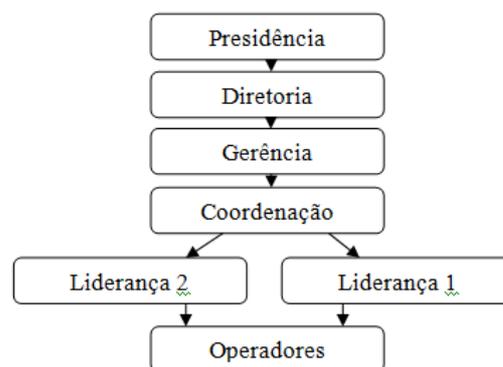
Empresa brasileira do setor metalúrgico (infraestrutura) que possui em torno de dois mil funcionários localizada em três estados, dentre eles o estado de São Paulo, na unidade onde foi realizada a pesquisa.

Nesta empresa não foi possível a realização de estudo com os trabalhadores em processo de retorno ao trabalho, pois uma semana depois da entrevista com os representantes, os funcionários entraram em greve e não foi possível a coleta de dados para análise. No entanto foi considerada importante a descrição do método utilizado pela empresa.

##### 4.2.4.1. Entrevista com representante da empresa D sobre o método de reinserção dos trabalhadores afastados por LER/DORT

A entrevista foi realizada com o fisioterapeuta da empresa, que é responsável, juntamente com a médica do trabalho, pelo processo de retorno dos trabalhadores afastados por adoecimento ou acidente de trabalho (figura 19). Segundo ele, existe um SESMT dentro da empresa em que engenheiro, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social e médico discutem os casos e postos para a reinserção.

A empresa apresenta a seguinte estrutura hierárquica (figura 17).



**Figura 17: Hierarquia na empresa D.**

A liderança acontece por tempo de empresa: A liderança 2 é responsabilidade daqueles que tem mais tempo de trabalho e liderança 1 para os que tem menos tempo.

Explicou que esta empresa tem um vínculo diferenciado com o INSS para viabilizar o

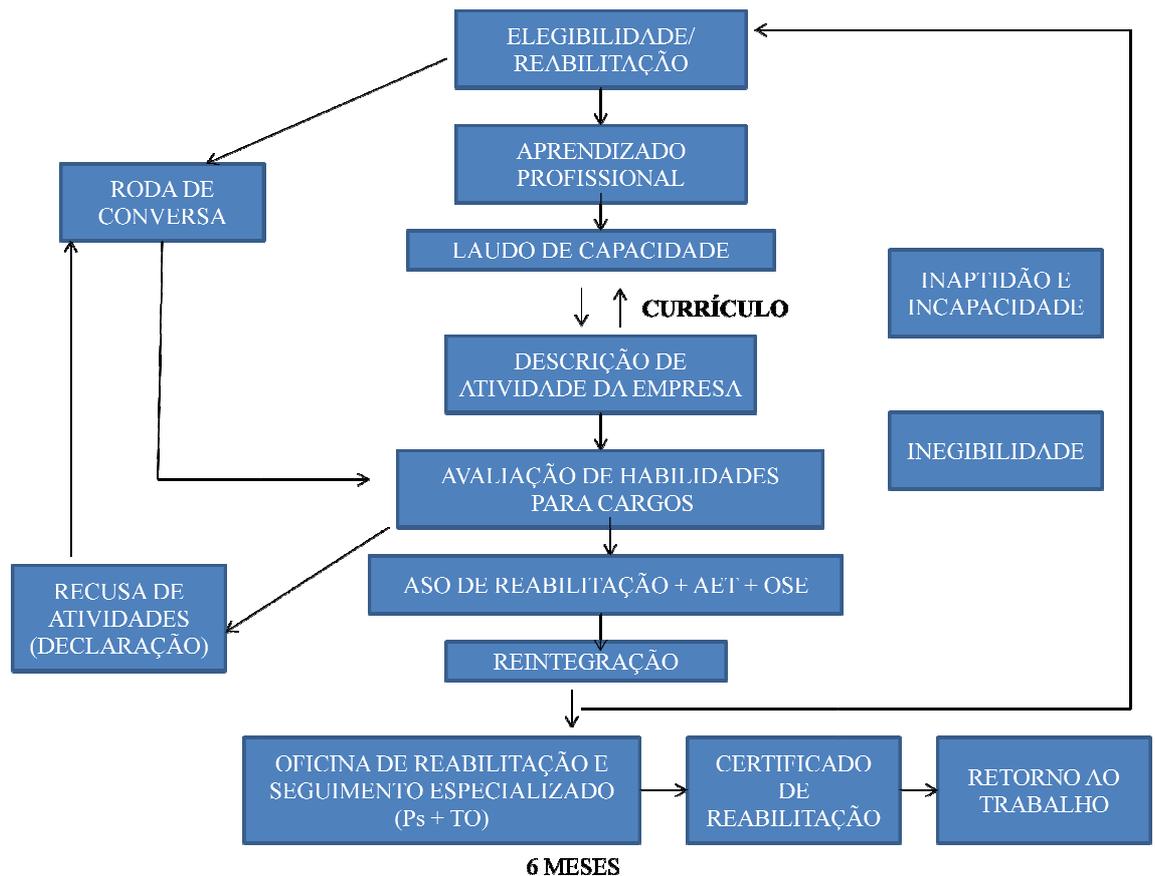
processo de retorno ao trabalho. Esse processo aconteceu a partir das dificuldades que a empresa enfrentava, há aproximadamente 7 anos, devido ao alto índice de afastamentos e à baixa efetividade no retorno dos trabalhadores. Convidaram os analistas do INSS para conhecerem a empresa e suas dificuldades. A partir disso, a parceria entre instituições facilitou o processo de retorno ao trabalho, de 128 trabalhadores em 2008 (72 trabalhadores foram reabilitados e os outros foram aposentados) para 4 trabalhadores em 2016 (casos de afastamento e em processo de reabilitação profissional).

Para os adoecimentos (LER/DORT), a empresa complementa financeiramente os gastos de seus funcionários. Para acidentes de trabalho, a empresa cobre todos os gastos. Segundo a empresa, ela recebe todos os trabalhadores de volta.

Após o afastamento, elegibilidade/reabilitação (figura 18), o trabalhador é encaminhado para o aprendizado profissional, ou seja, o PRP do INSS encaminha o trabalhador para a empresa, a fim de que este realize uma entrevista para saber o grau de sua capacitação e área de interesse para reinserção na empresa. Para isso, o fisioterapeuta da empresa faz um laudo de capacidade (avalia o trabalhador através de instrumentos: CIF adaptado, *softwares* Ergolândia e fisiMetrix) e o manda para o INSS. Este laudo é comparado pelo médico perito do INSS com a sua avaliação.

Segundo o fisioterapeuta, tentam incluir o trabalhador sempre no mesmo setor e caso não seja possível, são abertas novas possibilidades a partir de cursos.

Na entrevista, o trabalhador escolhe um curso de interesse, que tem relação com as áreas de atuação da empresa, mas para isso tem que ter cursado o ensino fundamental completo ou, dependendo do curso, até ensino médio completo. Volta para o INSS com o curso em mente e faz o aprendizado profissional em uma das instituições que oferecem esse serviço (SENAC, SENAI, etc.). O curso é gratuito e o INSS paga o transporte ou caso o curso necessário à reinserção na empresa não seja oferecido, a empresa paga pela profissionalização do trabalhador.



**Figura 18: Processo de Reabilitação Profissional na empresa D. Fonte: Empresa D**

O fisioterapeuta faz a descrição de atividades da empresa e demonstra o perfil necessário para o cargo, ou seja, a competência necessária (escolaridade, experiência, conhecimento específico) e o INSS faz a avaliação de habilidades para os cargos.

Se o trabalhador aceita retornar, o médico faz o ASO de reabilitação, o fisioterapeuta faz a análise ergonômica do trabalho do posto para retorno e é emitida a OSE (Ordem de Serviço e Segurança). Vai para a reintegração, participa do estágio por 6 meses e finaliza o vínculo com o INSS através do Certificado de Reabilitação. A partir disso, retorna ao trabalho e passa a ser de total responsabilidade da empresa.

No processo de reintegração, a empresa avisa o setor que o trabalhador está retornando e todos ficam a par do que está acontecendo. Este processo ocorre em uma semana, visto que o trabalhador passa por todos os setores necessários para capacitação (ex.: Meio ambiente, saúde, segurança e etc.) e fica mais três dias com a pessoa responsável pela área onde vai ser reinserido. Segundo o fisioterapeuta, esse processo é importante para que se tenha certeza de que o trabalhador vai assumir o cargo que escolheu.

Após a reintegração, o trabalhador fica por 6 meses em estágio, portanto recebe do INSS e recebe um complemento da empresa (em dinheiro). Segundo o fisioterapeuta, nesta empresa não é possível a reabilitação profissional caso o trabalhador não tenha capacitação para o trabalho, portanto, fica durante 6 meses estagiando e adquirindo competência.

Na primeira semana de estágio, o fisioterapeuta faz uma avaliação osteomuscular diária. A partir da segunda semana, faz esta avaliação a cada 15 dias até finalizar os 6 meses. Caso o responsável identifique algum agravamento nas condições físicas do trabalhador, repensa o posto ou o modifica totalmente.

Durante os 6 meses de estágio, a empresa utiliza um *check list* de Desempenho do Operador construído pelo fisioterapeuta, que apresenta 2 vias, uma para o líder da área, para avaliar o trabalhador, e outra para o próprio trabalhador. O documento é constituído pelas semanas de cada mês e dentro da 1ª semana os itens: reintegração no setor, conhecimento das rotinas, desempenho das metas; da 2ª à 4ª semana: papel na função de rotina, desempenho das metas e novos aprendizados. A avaliação é realizada a partir de figuras que apresentam a fisionomia com legenda: nada a dizer, ruim, bom, ótimo.

Após os 6 meses, o fisioterapeuta faz a solicitação de alteração de cargo. Caso o trabalhador recuse-se à reabilitação profissional, este é levado a assinar um documento de ciência com testemunha. Este documento é feito na própria empresa.

Segundo o fisioterapeuta e a médica do trabalho, o percentual de efetividade destas reinserções é de 100%. Exceto quando o fisioterapeuta precisou se afastar por problema de saúde e não pode acompanhar de perto o processo, então o percentual caiu para aproximadamente, 95%.

Para o fisioterapeuta, a maioria dos trabalhadores que retornam ao trabalho tenta superar e atendem 100% do que esperam em termos de desempenho durante todo o processo de estágio e retorno.

A principal dificuldade da empresa em relação ao retorno do trabalhador, diz respeito à aceitação da liderança (nível hierárquico dentro da empresa) quanto aos trabalhadores que estão retornando. Segundo o fisioterapeuta, com a redução de gastos da empresa em aproximadamente 3 milhões de reais, com o cumprimento da Lei de Cotas em 6% (1% a mais do que o exigido pela lei) e a conscientização da gerência, esta passou a tomar medidas de

penalização, inclusive demissão, para os líderes que dificultassem o processo de reinserção. Portanto, o líder que dificultar o processo ou o operador que realiza atividades que não atendem as restrições são penalizados: 1) a primeira vez com advertência verbal; 2) a segunda vez através de advertência escrita; 3) na terceira vez é suspenso de 2 a 3 dias e 4) na quarta vez é demitido por justa causa.

Com a relação que a empresa tem com o INSS hoje, acredita que os trabalhadores encaminhados pelo PRP do INSS são preparados para o retorno.

O PRP do INSS dessa região acompanha o processo de retorno ao trabalho pessoalmente. Vem para a empresa o médico perito e a terapeuta ocupacional, analistas do PRP e existe discussão técnica para todos os casos. Segundo o fisioterapeuta, liga e insiste com os analistas para que haja o acompanhamento.

Caso o trabalhador se recuse todas as disponibilidades da empresa, em termos de atividades, assina uma declaração e é encaminhado para uma roda de conversa. Também são encaminhados para esta roda os trabalhadores, que já no início da tentativa de encaminhamento do INSS não encontram uma atividade à qual se adequem. Esta roda é constituída por trabalhadores afastados que têm dificuldade de encontrar um setor ao qual se integrem, além da participação de uma psicóloga e um fisioterapeuta. Esse método é utilizado para que a empresa não perca o vínculo com os trabalhadores. Considera que esta aproximação é de grande importância no processo de retorno ao trabalho.

Após a tentativa de reintegração, caso o trabalhador não consiga integrar-se ao processo, volta para o INSS.

#### **4.3. Discussão e Conclusão do Capítulo**

Os pontos comuns e a diversidade dos métodos adotados pelas empresas e pelo INSS no retorno ao trabalho, além da relação estabelecida entre estes atores e os trabalhadores será discutida neste capítulo, a fim de aprofundar a compreensão sobre esse processo.

#### **4.3.1. Discussão dos métodos adotados nas empresas para o retorno dos trabalhadores afastados por LER/DORT**

As quatro empresas apresentaram nos seus métodos de retorno ao trabalho pontos comuns e pontos divergentes.

A identificação de diferentes métodos adotados pelas empresas do estudo no processo de retorno dos trabalhadores afastados por LER/DORT mostra que não existem métodos e procedimentos comuns e que as empresas expressam a intenção de que seus métodos busquem o melhor caminho ou processo para garantir a efetividade da reinserção, ou seja, que atenda às necessidades dos trabalhadores sem recidiva do afastamento e que atenda as restrições do PRP do INSS.

#### **Pontos comuns entre as empresas sobre o processo de retorno ao trabalho**

Foram observados pontos comuns na coleta das informações obtidas nas entrevistas com os representantes das empresas e das análises dos postos dos trabalhadores que retornaram ou estavam em processo de retorno ao trabalho, processo denominado como estágio:

- 1) O trabalho em equipe durante a seleção do posto e das tarefas para o retorno do trabalhador, em que as empresas apresentam as equipes (SESMT) que são responsáveis por esse processo.
- 2) Os responsáveis pela reinserção comunicam o setor (que participa da seleção do posto/tarefa) e os colegas de trabalho sobre a chegada do trabalhador que será reinserido. No entanto, a empresa B não comunicava o responsável pelo setor de reinserção – supervisor ou gerente sobre a chegada do trabalhador que seria reinserido;

A participação das partes envolvidas no retorno ao trabalho tem um papel fundamental, já que, a partir da participação e conscientização de todos os envolvidos, há possibilidade de cumprimento das boas práticas, tais como uma abordagem pró-ativa da lesão (BARIL e BERTHELETTE, 2000; SHAW, et al., 2003). O ambiente social de trabalho de uma empresa pode afetar a recuperação do trabalhador de maneira negativa, caso os trabalhadores do setor não sejam motivados para as boas práticas, ou seja, caso sintam que os gerentes ou profissionais de saúde não estão agindo de maneira explícita ou clara

(ROBERTS-YATES, 2003).

Segundo Baril et al. (2003), a falta de conhecimento dos supervisores sobre os critérios para seleção do trabalho adaptado às necessidades do trabalhador que está retornando poderia ser uma barreira, especialmente em termos ergonômicos. Além disso, o suporte dos colegas de trabalho também é muito importante neste contexto. Para Costa-Black (2011), gerentes e supervisores deveriam promover alguma atividade de suporte no programa de retorno ao trabalho que poderia influenciar de maneira positiva no comportamento dos colegas de trabalho. Visto que de acordo com Rossi (2011), em muitas situações de trabalho os fatores de ordem psicológica estão envolvidos por valores morais, como fraqueza e preguiça, que costumam ser atribuídos por colegas de trabalho e chefias. O adoecimento por LER/DORT representa o fracasso da estratégia de defesa e o rompimento com o trabalho. Ao retornar ao trabalho muitas vezes os trabalhadores não conseguem retomar a rotina anterior e à mesma cadência no trabalho e isso desperta sintomas de medo.

3) As empresas fazem a proposta de reinserção com possíveis atividades e postos de trabalho ao INSS, com “*o quê*” o trabalhador vai fazer, porém não explicam “*como*” este ator social poderá realizar as tarefas frente às exigências técnicas do trabalho, por um lado e diante das limitações e potencialidades do trabalhador, por outro (figura 14). Segundo Guérin, et al. (2001), existe uma distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real, que é a manifestação da contradição presente no trabalho, entre “*o que é pedido*” e “*o que a coisa pede*”. Portanto, sem compreender o trabalho torna-se muito difícil explicar estas adaptações, sendo que com a análise ergonômica da atividade seria possível entender as estratégias adotadas pelo trabalhador para administrar esta distância.

### **Pontos divergentes entre as empresas sobre o processo de retorno**

Durante o afastamento, o trabalhador se distancia do ambiente de trabalho. Após este período e encaminhamento para o PRP do INSS, o trabalhador tem a possibilidade de passar pelo estágio supervisionado dentro da empresa.

O estágio supervisionado realizado antes do retorno definitivo ao trabalho é um método proposto pelo PRP do INSS para que o trabalhador possa experimentar e tentar adaptar-se à realidade do local em que foi reinserido. As quatro empresas estudadas apresentaram maneiras e tempos diferentes, de acordo com suas necessidades e métodos para

a reinserção (tabela 7).

**Tabela 7: Pontos que diferem os métodos adotados pelas empresas do estudo.**

Pontos que diferem os métodos adotados pelas empresas	Empresas			
	A	B	C	D
A empresa tem Programa para reaproximação do trabalhador no período de afastamento.	Sim	Não	Não	Sim
Período de estágio	Um mês ou mais (graduando tempo durante jornada de trabalho).	Um mês (8 horas na jornada, desde o início do estágio).	Um mês (6 horas na jornada, desde o início do estágio).	6 meses (8 horas desde o início do estágio).
Avaliador/supervisor do estágio, ou seja, quem preenche a ficha do INSS para presença e aptidão.	Mestre da área.	Coordenador da área.	Mestre da área.	Liderança da área.
Acompanhamento do processo de estágio (pela equipe da empresa, responsável pelo retorno). Quem acompanha? Onde?	Não há acompanhamento do processo por especialista. Não tem “braços” para acompanhar.	Todos os dias de 5 a 10 minutos.  Fisioterapeuta acompanha no posto de trabalho.	Algumas vezes na semana (2 a 3 vezes).  Técnico de segurança do trabalho acompanha no posto.	Todos os dias na primeira semana. A partir da segunda semana a cada 15 dias.  Fisioterapeuta acompanha em sua sala.
Acompanhamento do processo de estágio pelo PRP do INSS	Não	Não	Não	Sim
Diálogo entre empresa e o PRP do INSS.	Diálogo difícil e não há discussão técnica.	Tem diálogo, mas não há discussão técnica.	Tem diálogo, mas não há discussão técnica.	Tem diálogo e discussão técnica.
Curso profissionalizante oferecido pelo INSS pactua com as necessidades/exigências	Não	Não	Não	Sim

das tarefas das empresas.				
Principais dificuldades no retorno ao trabalho.	A aceitação do próprio funcionário para ser reinserido em atividade produtiva.	Aceitação do responsável pelo setor de produção e falta do acompanhamento do INSS.	Aceitação do responsável pelo setor de produção.	Aceitação do responsável pelo setor de produção.
Efetividade das reinserções em 2015.	Não soube dizer o percentual.	100%	90 a 95%	100% (2% a mais do que a cota exige.)

### **Programa de reaproximação dos trabalhadores no período de afastamento.**

Nem todas as empresas possuem um programa para manter os trabalhadores próximos e ativos, durante o tempo de afastamento:

- 1) A empresa A apresentou um “Programa de Reambientação” que procura aproximar os trabalhadores afastados, por meio de palestras, acompanhamento/orientação, academia para fortalecimento muscular e hidroginástica no SESI. No entanto, parte dos trabalhadores não participa, visto que não há obrigatoriedade, porém são pontuados seus benefícios físicos e mentais sobre a saúde;
- 2) As empresas B e C não apresentaram um programa de integração ou aproximação com o trabalhador afastado. A integração nessas empresas acontece no momento de retorno ao trabalho;
- 3) A empresa D apresentou um programa de aproximação com o trabalhador em período de afastamento, que é motivado pelo complemento salarial (complementa o salário do INSS) se houver participação. Neste caso, a maioria dos trabalhadores participa, caso isso não aconteça, o trabalhador é chamado para uma “roda de conversa” com os profissionais envolvidos no processo de reinserção, inclusive com um psicólogo.

Isso mostra que:

“O tempo em que os trabalhadores permanecem afastados em benefício previdenciário, ao invés de ser um período de tratamento e restabelecimento da saúde, torna-se, em grande maioria das vezes, oportuno para o agravamento das condições de saúde e o desenvolvimento de comorbidades.” (COELHO, GUEDES e MACHADO, 2012, p. 63)

O programa de reaproximação oferecido pela empresa A (com palestras e atividades físicas) durante o processo de afastamento é uma iniciativa que facilitou o processo de reinserção do trabalhador G (participante assíduo do programa), que relatou seu desempenho e motivação para o trabalho, apesar da necessidade de adaptação do posto no qual foi reinserido.

Os outros trabalhadores (W participou algumas vezes do programa de aproximação e P não participou do programa) relataram sensação de intenso cansaço após o trabalho e incerteza quanto ao futuro nas atividades em que foram reinseridos, apesar do relato da necessidade de voltar a trabalhar e se sentir útil.

### **Quanto ao período de estágio e retorno ao trabalho.**

- 1) Na empresa A, o estágio acontece durante um mês ou mais, caso o trabalhador precise, e este retorna de maneira gradual, ou seja, na primeira semana cumpre 4 horas de trabalho, na segunda 6 horas e depois 8 horas, para que possa adaptar-se física e mentalmente após o tempo de afastamento;
- 2) Na empresa B, o estágio acontece em um mês e o trabalhador faz 8 horas/dia. Foi explicado que começam em um ritmo mais brando e atividades mais fáceis (evoluem gradativamente);
- 3) Na empresa C, o estágio também acontece em um mês e o trabalhador faz 6 horas/dia;
- 4) Já na empresa D, o trabalhador faz o estágio, em torno de 6 meses, 8 horas/dia. Durante este tempo recebe o salário do INSS e um complemento salarial da empresa.

Baril e Berthelette (2000), em sua pesquisa identificaram que os programas de retorno precoce ao trabalho são fortemente influenciados pelo modelo de gestão da incapacidade desenvolvido nos Estados Unidos, cujo objetivo é a redução da prevalência de incapacidade e seu impacto sobre os trabalhadores e empresas. Ainda estes autores revisaram esses documentos e selecionaram alguns que consideraram mais importantes, como a volta ao

trabalho deve permitir aos trabalhadores aumentar gradualmente as capacidades de trabalho e, eventualmente, voltar ao trabalho em jornada completa; o trabalho deve ser flexível aos seus limites e capacidades; os requisitos da tarefa para os trabalhadores lesionados devem ser compatíveis com as habilidades dos trabalhadores e reforçar sua autoestima; além disso, o clima organizacional deve envolver o programa de retorno ao trabalho e promover o apoio psicológico aos trabalhadores.

Além destas identificações realizadas pelos autores acima, Franche, et al. (2005), também trouxeram alguns exemplos dos princípios para as boas práticas de retorno ao trabalho, como o forte comprometimento da empresa com a saúde e segurança dos trabalhadores; do contato precoce do empregador com os trabalhadores lesionados; a oferta de trabalho adaptado ao trabalhador para que o retorno seja precoce e seguro, de acordo com suas habilidades; assegurar que as modificações do ambiente de trabalho não vão prejudicar os colegas e supervisor; de que os supervisores serão treinados para a prevenção de incapacidade no trabalho; e que alguém fique responsável por coordenar o retorno ao trabalho.

**Avaliador/supervisor do estágio, ou seja, quem preenche a ficha do INSS para presença e aptidão do trabalhador que está retornando ao trabalho.**

Neste contexto, o papel do avaliador/supervisor do estágio é muito significativo. Nas empresas A e C quem cumpre este papel são os denominados mestres; na empresa B são os coordenadores das áreas; e na empresa D são os líderes. Todos estes avaliadores/supervisores, em contato direto com o trabalhador reinserido no posto são responsáveis pela orientação, treinamento e inclusive, pelas atividades que o trabalhador pode realizar a mais no posto ou de maneira diferente, do que foi orientado pela equipe responsável (pelo retorno). Shaw et al. (2003) apontam a posição significativa do supervisor ao monitorar o trabalho adaptado, ao acompanhamento regular de um ambiente de trabalho seguro e apropriado, além de garantir o seu significado para o trabalhador que está retornando às atividades.

**Acompanhamento do processo de estágio pela equipe da empresa, responsável pelo retorno.**

O acompanhamento do processo de estágio e retorno ao trabalho não acontece pelos responsáveis (SESMT) de todas as empresas:

- 1) A equipe da empresa A não acompanha todo o processo, exceto o mestre, que se encontra no local de trabalho e dá o retorno à empresa e ao INSS a partir de suas observações e considerações nas fichas;
- 2) Na empresa B, a fisioterapeuta acompanha diariamente (5 a 10 minutos) o processo de reinserção, questiona o trabalhador sobre suas percepções e o observa no trabalho;
- 3) Enquanto na empresa C, o técnico de segurança do trabalho acompanha o trabalhador no posto, de 2 a 3 vezes na semana;
- 4) Já na empresa D, o fisioterapeuta acompanha o trabalhador todos os dias na primeira semana e a partir da segunda semana, a cada quinze dias na sua sala.

#### **Acompanhamento do processo de estágio pelo PRP do INSS.**

O acompanhamento, orientação e ajuda da equipe do PRP do INSS durante o processo de retorno a trabalho não existe, segundo a maioria das empresas (A, B e C), enquanto a empresa D explicou que há o trabalho conjunto entre as duas instituições. A equipe do INSS acompanha pessoalmente e discute todos os casos com a empresa D. Porém, segundo o representante desta empresa, isso acontece após o contato via telefone, pedindo/insistindo pela presença na empresa.

#### **Diálogo entre empresa e o PRP do INSS.**

Quanto ao diálogo e discussão técnica com o PRP do INSS, as empresas, em sua maioria, consideraram difíceis e sem perspectivas. Porém, a empresa D consegue ter um bom diálogo e trabalho em parceria, após negociação para um trabalho conjunto.

#### **Curso profissionalizante oferecido pelo INSS.**

Os cursos profissionalizantes oferecidos pelo PRP do INSS não pactua com as necessidades da maioria dos trabalhadores entrevistados e com as demandas das empresas, porém consegue suprir as necessidades da empresa D. O responsável desta explicou que quando o INSS não consegue oferecer um curso gratuito ao trabalhador e que supra as necessidades da empresa, esta paga pelo curso. Já a empresa A relatou que os cursos profissionalizantes oferecidos aos trabalhadores não tem relação com as atividades oferecidas e muitas vezes, voltam com o Certificado de Reabilitação Profissional e o curso

profissionalizante com competência diferente das exigidas pelas atividades ou para as atividades disponíveis na empresa. As empresas B e C pontuaram que não receberam trabalhadores habilitados por cursos profissionalizantes que se adequem à realidade da empresa.

Bernardo (2006), em estudo realizado em uma agência da Previdência Social, relatou que os trabalhadores avaliaram que os cursos oferecidos pelo INSS não os reabilitava, já que na fala do trabalhador, a afirmativa “*o curso não servia para nada*”, trazendo a descrença em relação ao treinamento obtido pelo programa. Ainda segundo a autora, a visão tradicional de que a reabilitação significa cursos rápidos oferecidos por instituições locais, dificulta que a prática da reinserção aconteça efetivamente.

### **Principais dificuldades no retorno ao trabalho.**

#### Quanto às principais dificuldades elencadas pelas empresas no processo de reinserção:

1) As empresas B, C e D colocaram que têm dificuldade em inserir os trabalhadores em alguns setores de produção, já que estes se recusam a recebê-los. A empresa B também inclui neste quesito a falta do acompanhamento do PRP do INSS.

De acordo com estudo de Baril e Berthelette (2000), um clima de trabalho favorável, com cláusulas contratuais de acordo coletivos em relação ao retorno ao trabalho é vantajoso. Isso poderia melhorar a relação entre os trabalhadores que retornam e os representantes dos setores.

2) Já na empresa A, a maior dificuldade diz respeito a aceitação do próprio trabalhador para uma reinserção em uma atividade escolhida, de acordo com as restrições do INSS. Porém, segundo Baril e Berthelette (2000), a realocação dos trabalhadores em tarefas não significativas ou não produtivas podem conduzir à deterioração do ambiente de trabalho e a um consequente aumento de custos à empresa.

Segundo Silva, Guimarães e Rodrigues (2007), os aspectos psicológicos são relevantes no retorno ao trabalho, assim como os aspectos sociais, econômicos, a reabilitação e o local de trabalho.

### **Efetividade das reinserções.**

No que diz respeito ao número de casos reinseridos com efetividade, de acordo com os representantes das empresas: 1) A empresa A não informou percentuais, mas informou que houve alguns casos de recidivas; 2) A empresa B afirmou que, com as mudanças que ocorreram nos últimos processos de reinserção, teve um percentual de 100% reinseridos; 3) Na empresa C foi colocado que o número de retornos em 2015 foi de 172 trabalhadores, sendo que destes, 2 não foram efetivados, portanto considera que está entre 90 e 95% dos casos; 4) No caso da empresa D, o responsável explicou que o percentual de efetividade das reinserções são de 100%, exceto quando o fisioterapeuta precisou se afastar por problema de saúde, e não pode acompanhar de perto todo o processo, como aconteceu no final de 2015, quando o nível de efetividade caiu. No entanto, hoje considera que reinserem 2% a mais do que a Lei de Cotas exige da empresa.

#### **4.3.2. Discussão sobre os métodos adotados pelo INSS e o Programa de Reabilitação Profissional para o retorno dos trabalhadores afastados por LER/DORT**

O PRP do INSS não faz uma prévia análise da atividade no posto em que o trabalhador será reinserido, nem o acompanhamento do processo durante o estágio na empresa, portanto fica praticamente sob responsabilidade da empresa, fato que dificulta o diálogo e discussão técnica entre a equipe do PRP do INSS e a empresa sobre o retorno ao trabalho. Exceto no caso da empresa D, em que existe a participação da equipe do PRP do INSS durante o processo de retorno.

A falta de capacitação dos analistas do PRP do INSS (o INSS não se responsabiliza financeiramente por esta capacitação) foi um dos pontos abordados na entrevista e que merece destaque, visto que o profissional assume o cargo e muitas vezes, não conhece os pontos de vista da ergonomia/do trabalho, portanto tem dificuldades de entender as situações de trabalho e as necessidades dos trabalhadores nesse contexto, além da dificuldade na discussão com os profissionais especialistas das empresas. A partir disso, o que fica no retorno do trabalhador é o ponto de vista da empresa, exceto se o trabalhador se recusa a participar das condições de trabalho que lhe são oferecidas.

Após o retorno do trabalhador que foi acometido, é realizada a visita da Equipe do Programa de Reabilitação do INSS, como previsto na legislação previdenciária. Porém, as avaliações são pontuais e restritas aos casos de resistência sistemática do retorno ao trabalho. Associada a essa situação, há uma fragilidade da equipe em negociar novos postos de trabalho com as empresas, visto que há um desconhecimento dos riscos que podem existir no ambiente, no processo e nas relações de trabalho, fato que resulta em baixa fixação dos trabalhadores nas novas atividades. Essa dificuldade de articulação com as empresas, muitas vezes, leva a demissão do trabalhador ou ao retorno deste para a perícia médica, o que torna o processo de reabilitação profissional ineficaz (SIMONELLI et al., 2010).

O diálogo e articulação entre os atores sociais (trabalhador, empresa e PRP do INSS) envolvidos no processo de retorno ao trabalho ficam comprometidos, o que pode ser a causa de muitos processos judiciais e de grupos que tentam se beneficiar dessa situação (SILVA e CAMAROTTO, 2015).

Além disso, não foi identificada no INSS a avaliação de capacidade para o trabalho, a fim de identificar os limites e as potencialidades dos trabalhadores que estão retornando, apesar da CIF fazer parte do discurso teórico do programa. A falta destes quesitos compromete a análise geral dos casos e discussão para um efetivo retorno ao trabalho, que pode ser observado a partir do exemplo da empresa D, que de acordo com a entrevista, há alguns anos passou a ter um bom diálogo com o PRP do INSS da sua região. Este programa faz a avaliação clínica médica, enquanto, o fisioterapeuta faz a avaliação do nível de capacidade do trabalhador e análise ergonômica dos postos de reinserção. Apesar da prática do retorno ter um envolvimento maior da empresa, a discussão técnica com o PRP do INSS permite a obtenção de resultados muito melhores do que ocorria antes desta prática, segundo relato.

A OMS (2011), afirma que para que haja reabilitação, há necessidade de identificação dos problemas e necessidades do indivíduo que está retornando ao trabalho, além do relacionamento destes com os fatores do ambiente. Portanto, na reabilitação: a definição de metas, o planejamento, a implantação de medidas, o acompanhamento e avaliação são imprescindíveis para que seu significado seja colocado em prática.

O trabalhador que é encaminhado ao PRP do INSS geralmente não é previamente preparado para ser reinserido, precisa aprender todo o processo na empresa, caso seja

reinserido em um local diferente do qual se afastou. Portanto, o que se observa é que o termo reabilitação, utilizado no nome do programa, não condiz com a definição utilizada pela OMS (2011), de que a reabilitação envolve, para além da restauração da capacidade funcional-fisiológica, também uma melhora que inclua o sujeito socialmente, de forma que possa interagir com o ambiente. Para isso, é necessária a identificação dos problemas e necessidades da pessoa que se afastou do trabalho, além da adaptação a partir da compreensão da situação da atividade que lhe será oferecida.

Na prática do retorno ao trabalho, foram observadas três situações:

1) Em que o perito médico do INSS atesta que o trabalhador não tem incapacidade instalada, portanto este volta diretamente para a empresa (exemplo dos casos M e A da empresa C), que adapta ou não o posto de trabalho as suas necessidades;

2) Em que o trabalhador passa por curso profissionalizante, a partir do PRP do INSS e volta para a empresa (exemplo do caso G, da empresa A), como na situação 1. Portanto, independente do curso que fez, volta para a empresa que adapta o posto as suas necessidades ou não, já que não existem exigências ou restrições do programa;

3) Na qual o trabalhador volta com o Certificado e o indicativo de restrições apontadas pelo PRP do INSS. Neste caso, a empresa encontra-se obrigada a desenvolver um conjunto de procedimentos (parte dos próprios métodos de cada empresa) para atender as determinações de restrições impostas pelo INSS (exemplo dos casos W e P da empresa A e do caso J da empresa B).

Nas situações 1 e 2 não houve nenhum método que garantisse a não reincidência do afastamento, ou ainda, que garantisse a minimização dos fatores potencializadores do afastamento. Isso fica pela iniciativa da empresa, se vai ter ou não um processo de melhoria. O INSS não tem nenhuma ação/modelo que garanta a melhoria das condições de trabalho.

Na situação 3, as empresas adotam os procedimentos explicados no item anterior para atender as determinações/especificações do PRP do INSS. No entanto, se o que vem do INSS, são apenas as restrições, mostra que não existe um modelo para a reinserção. Portanto, se não há um modelo, o procedimento para o retorno ao trabalho fica a critério exclusivo da empresa e a única regra que ela tem que seguir, é atender as restrições.

### 4.3.3. Conclusões

O período de afastamento é um momento em que o trabalhador se encontra distante das relações sociais que são construídas no ambiente de trabalho. Para Costa-Black (2011), quando um trabalhador está desengajado do local do trabalho (primeiro fisicamente, depois mentalmente e finalmente, emocionalmente), principalmente em um local competitivo, cria-se uma situação de incerteza que pode levar o trabalhador a perder a auto-estima. Por isso, considera importante a promoção de reinserção rápida para que esta tenha sucesso.

Nos casos estudados, percebe-se que, os trabalhadores (W, G e P), que ficaram em torno de 2 anos afastados do trabalho e o trabalhador J, que ficou afastado em torno de 12 anos, apresentaram na avaliação de capacidade para o trabalho, incerteza quanto ao futuro na atividade em que foram reinseridos. A falta de uma análise ergonômica do posto de trabalho e devida adaptação às necessidades do trabalhador tornaram as questões emocionais mais explícitas na entrevista.

Os trabalhadores que estavam retornando ao trabalho pontuaram que se sentem cansados e se justificam pelo tempo de afastamento e ociosidade, ou seja, sem realizar atividades que exigissem suas habilidades físicas e mentais. No início mostram-se cansados e às vezes esgotados em relação à nova situação, porém animados pela possibilidade de sair de casa, de restabelecer os contatos sociais e pela sensação de utilidade.

As consequências biopsicossociais das LER/DORT são inúmeras e necessitam de um enfoque ampliado, visto que as perdas ocasionadas são inúmeras e abrangem desde os aspectos financeiros até a qualidade de vida dos adoecidos. No retorno ao trabalho, verifica-se a partir dos estudos de casos que a maioria dos trabalhadores tiveram em algum momento do afastamento problemas que abrangem além da dor e incapacidade física, como: aspectos psicológicos (principalmente a depressão) ocasionado pelo sentimento de inutilidade e pelo afastamento da vida social, além da redução salarial. Essa situação, muitas vezes, é agravada na dificuldade no processo de retorno, pela falta de comunicação entre os envolvidos e dificuldade de aceitação de colegas/supervisores do ambiente de trabalho (gestores do processo de trabalho), como foi observado em algumas empresas.

O trabalho da empresa para reaproximar o trabalhador durante o tempo de afastamento, a partir de programa de reaproximação, tem considerável importância apontada nos resultados tanto na percepção de um trabalhador (caso G), que relatou o acolhimento de

maneira positiva; quanto na percepção das empresas A e D que consideram esta reaproximação agiliza e facilita o processo de retorno ao trabalho.

Além da necessidade do retorno rápido ao trabalho, como observado na literatura e nos casos estudados, a forma de acolhimento da empresa e PRP do INSS, acompanhamento e discussão do processo (a partir de conhecimentos técnicos embasados), mostram-se essenciais para que as transformações necessárias sejam benéficas para todos os envolvidos. Percebe-se que a empresa (a maioria dos casos estudados) fica sozinha nesse processo, ou seja, não existe um debate, questionamento e segue-se com os seus limites e lacunas no processo de reinserção.

Neste contexto, o trabalhador, também se vê sozinho, visto que caminha de um lado para o outro (empresa e INSS) na busca de se fazer entender e de encontrar a melhor adaptação às suas necessidades tanto físicas, quanto mentais no trabalho.

Segundo Costa-Black (2011), as partes envolvidas no processo de retorno ao trabalho devem estar atentas aos indicadores (facilitadores e inibidores no retorno ao trabalho), em cada um dos seus respectivos papéis e deveriam promover o comportamento positivo do trabalhador frente à nova realidade.

Portanto, a falta de um trabalho conjunto entre empresa e órgão público penaliza o trabalhador, fato que identifica a precariedade no tratamento dado pelo poder público às questões relativas à saúde e ao trabalho, na medida em que trata separadamente estes aspectos que são indissociáveis (SIMONELLI et al., 2010).

De acordo com Costa-Black (2011), sabe-se que um diálogo aberto, verdadeiro, e o esforço coordenado por parte de todos os atores envolvidos são essenciais para o sucesso de qualquer programa de retorno ao trabalho.

É importante apontar que apesar da impossibilidade de contato com os trabalhadores na empresa D, uma análise da equipe do PRP do INSS, da região em questão, merece destaque em relação ao seu trabalho. A postura diferenciada da equipe do PRP do INSS, nesse contexto, foi de extrema importância para o desenvolvimento de um processo de retorno ao trabalho com maior satisfação de todos os envolvidos, de analisar a atividade de trabalho, juntamente à empresa, não se contentando somente com a descrição da tarefa. Isso trouxe

considerável diferença no número de reinseridos, além do envolvimento dos gestores da empresa.

A construção do fluxograma de retorno ao trabalho, o contato com o PRP do INSS, as empresas e trabalhadores possibilitaram o alcance do objetivo deste estudo, pois a partir do entendimento das práticas foram possíveis reflexões que podem contribuir a cerca do que é viável, do que não funciona e mostra como a ergonomia da atividade pode colaborar nesse processo.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As análises e entrevistas deste estudo possibilitaram uma melhor compreensão do processo atual de retorno de trabalhadores afastados por LER/DORT, além da aproximação de situações vividas em diferentes contextos.

A prática com as quatro empresas e as duas agências do INSS não permitem generalizar as diferentes situações vividas no retorno ao trabalho, no entanto, apresentam semelhanças que permitem a discussão de situações reais com a literatura. Isso coloca em prova as práticas que dão certo e as que ainda não existem (lacuna) e poderiam fazer parte do método, na tentativa de alcançar um melhor resultado.

A falta de analistas do INSS para a concretização do que seria idealizado pelo programa (avaliação, utilizando-se da CIF e o acompanhamento do trabalhador na empresa) interfere nos resultados destes junto às empresas, que ficam responsáveis por todo o processo de retorno, ou seja, desde a identificação do posto/tarefa adequados para o trabalhador que está retornando, até a sua avaliação, adaptação e acompanhamento, quando possível. Esta situação não identifica o nome do programa, “Programa de Reabilitação Profissional”, com a sua atuação. A maioria das empresas estudadas já não espera pela colaboração e acompanhamento dos analistas nesse processo, mas esperam pelas restrições, que vêm juntamente com as certificações a serem seguidas.

O entendimento do trabalho, a partir da Ergonomia da Atividade, mostra-se fundamental para que a discussão entre os atores envolvidos no processo de retorno (trabalhador, PRP do INSS e empresa) seja possível e tenha um caminho que leve à reinserção com as medidas necessárias às necessidades, limites e potencialidades dos trabalhadores, assim como, à produtividade. Portanto, no processo de retorno, é necessário que os analistas do Programa de Reabilitação Profissional e a equipe da empresa, tenham conhecimento sobre o trabalho realmente realizado pelos trabalhadores, reconhecendo seus limites e potencialidades tanto no posto em que será reinserido, quanto no posto do qual se afastou, para evitar outros afastamentos pelo mesmo motivo.

A Ergonomia da Atividade permite a compreensão dos aspectos intrínsecos das ações dos trabalhadores e os respectivos constrangimentos tanto dos postos de afastamento, quanto dos de reinserção, o que permite adequar a demanda da empresa com os limites e potencialidades dos trabalhadores, de forma que a análise abranja os aspectos físicos,

cognitivos e organizacionais, pauta de estudos aprofundados da ergonomia.

A proposta de oferta de cursos profissionalizantes ao trabalhador, pelo INSS, deveria ser pauta de discussão entre todos os envolvidos, pois assim: o trabalhador, com suas potencialidades e limites, poderia escolher os postos que consideraria mais adequados face as suas competências e restrições funcionais; a empresa poderia verificar as possibilidades técnicas e organizacionais, pois é ela que conhece a tarefa; e o PRP do INSS poderia intermediar esse processo, a partir de suas relações com instituições de ensino e conhecimentos clínicos sobre a condição do trabalhador, o que permitiria que essa discussão chegasse a um consenso.

Um protocolo/instrumento para a identificação da funcionalidade e capacidade, de fácil aplicabilidade, além de um certificado com as potencialidades, ao invés de restrições, da pessoa que está retornando ao trabalho, poderia ser uma alternativa para as equipes do PRP do INSS como devolutiva ao trabalhador (que carrega este certificado) e empresa (que o recebe), a fim de que o diálogo e o desenvolvimento do processo de retorno ocorressem com maior eficácia.

A dificuldade no processo de aproximação da empresa, já que a pesquisa trata de um assunto delicado, contraditório e conflituoso, tornou o resultado desse estudo algo muito esperado pelos envolvidos no processo de retorno ao trabalho. Os questionamentos quanto ao melhor caminho a seguir continuarão e a certeza de que objetivos comuns existem dentre as situações, aproximam cada um dos atores envolvidos (empresa, PRP do INSS e trabalhador) na tentativa de encontrar um modelo a ser seguido.

Devido a essa dificuldade e o tempo que foi preciso para o retorno do Comitê de Ética, não foi possível coletar e analisar um número maior de situações vividas por trabalhadores que estão sendo reinseridos nas empresas, fato que poderia ter colaborado ainda mais com o estudo. No entanto, ainda existem lacunas quanto ao processo de retorno ao trabalho e possibilidades de estudos sobre o tema que são amplos e podem contribuir com a melhoria desse processo que faz parte da vida de milhares de pessoas no mundo do trabalho.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAHÃO, J.I., PINHO, D.L.M. Teoria e prática ergonômica: seus limites e possibilidades. In: PAZ, M.G.T., TAMAYO, A. (org.). *Escola, Saúde e Trabalho: estudos psicológicos*. Brasília, Editora de Brasília, 1999, p. 229-240.
- ALVES, N.C.R. *Corpos entre Saúde e Trabalho: a construção sociopolítica da LER como doença. Dissertação de Mestrado*, UFMG, Belo Horizonte, MG, 2004.
- AMIRALIAN, M.L.T., PINTO, B.B., GHIRARDI, M. I.G., LICHTIG, I., MASINI, E.F.S., PASQUALIN, L. Conceituando deficiência. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v.34, n.1, p.97-103. 2000.
- ANTUNES, R. Os caminhos da liofilização organizacional: as formas diferenciadas da reestruturação produtiva no Brasil. *Idéias*. 2003; 9/10: 13-14.
- ARENDRT, Hannah. Entre o passado e o futuro, p. 48, 2001. Disponível em <http://escoladeredes.net/group/bibliotecahannaharendt> em 08/01/2014. Acesso em 05/02/2015.
- ÁRNETZ, B.B., SJÖGREN, B., RYDÉHN, B., MEISEL, R. Early workplace intervention for employees with musculoskeletal-related absenteeism: a prospective controlled intervention. *J. Occup. Environ. Med.* V.45, n. 5, May 2003.
- ASSUNÇÃO, A. A. OS DORT e a dor dos DORT. Anais do XI Congresso da Associação Nacional de Medicina do Trabalho. Belo Horizonte. 2001. (CD-ROM)
- ASSUNÇÃO, A. A., VILELA, L.V.O. Lesões por Esforços Repetitivos: Guia para Profissionais de Saúde. Piracicaba- SP: Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST, 2009. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/livro\\_ler\\_gui\\_a\\_profissional\\_1.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/livro_ler_gui_a_profissional_1.pdf) Acesso em 31/03/16.
- BARIL, R., BERTHELETTE, D. Components of organizational determinants of workplace interventions designed to facilitate early return to work. Institut de recherche en santé et en sécurité du travail (IRSST), Études et Recherches, R-263. Montréal. 2000.
- BARIL, R., CLARKE, J., FRIESEN, M., STOCK, S., COLE, D., BOMBARDIER, C., et al. Management of return-to-work programs for workers with musculoskeletal disorders: a qualitative study in three Canadian provinces. *Social Science & Medicine*. 2003; 57(11):2101-14.
- BAUMANN, Z. *Identidade*. Entrevista a Benedetto Vecchi. Rio de Janeiro, Zahar, 2005.
- BERNARDO, L. D. Os significados do trabalho e da reabilitação profissional para o trabalhador incapacitado para o exercício da profissão habitual. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG, Belo Horizonte, MG. Dissertação de Mestrado. 2006.

BERTO, R. M. V. S. & NAKANO, D. N. Metodologia de Pesquisa e a Engenharia de Produção. XVIII *ENEGEP*, Niterói, 1998, Anais, CDROM.

BRASIL. *Constituição Federal*. Título VII. Da Ordem Social. Capítulo I. Art. 193 e 194. Diário Oficial da União, Brasília, de 05 de outubro de 1988.

\_\_\_\_\_. L.E.R. Lesões por Esforços Repetitivos. Normas Técnicas para Avaliação da Incapacidade. Brasília: INSS/CGSP;1991.

\_\_\_\_\_. Diretoria do Seguro Social. INSS – Ordem de Serviço 606 de 05/08/98.

\_\_\_\_\_. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 1399/GM, de 18 de novembro de 1999. Institui a lista de doenças relacionadas ao trabalho do Ministério da Saúde. *Diário Oficial [da] União*, 15 dez. 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. p. 425-482. (Série A, Normas e Manuais Técnicos, n. 114).

\_\_\_\_\_. *Ministério da Saúde*. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília; 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social. Instrução Normativa nº 98, do Instituto Nacional de Seguro Social, de 5 de dezembro de 2003. Aprova Norma Técnica sobre lesões por esforços repetitivos – LER ou distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho – DORT. *Diário Oficial [da] União*, 10 dez. 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério do Trabalho e Emprego. LER/DORT. Delegacia Regional do Trabalho no Estado de São Paulo – Programa de Prevenção. Seção de Segurança e Saúde do Trabalhador, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério do Trabalho e Emprego. LER/DORT. Delegacia Regional do Trabalho no Estado de São Paulo – Programa de Prevenção. Seção de Segurança e Saúde do Trabalhador, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social. 2011  
<http://www3.dataprev.gov.br/infologo/GREA/REA01/REA01.php>

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Dor relacionada ao trabalho – Lesões por Esforços Repetitivos (LER), Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT). 2012. Disponível em:  
[http://www.fundacentro.gov.br/arquivos/link/noticias/PROTOCOLO%20LER%20DORT%20DO%20MS\\_20140228101220.pdf](http://www.fundacentro.gov.br/arquivos/link/noticias/PROTOCOLO%20LER%20DORT%20DO%20MS_20140228101220.pdf) Acesso em 29-03-2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social. Aeps Infologo – Base de Dados Históricas da Previdência Social, 2013. Disponível em <http://www3.dataprev.gov.br/scripts10/dardoweb.cgi> Acesso em 29-03-2016.

\_\_\_\_\_. Casa Civil. Decreto nº 3048/99, de 6 de maio de 1999. Aprova o regulamento da Previdência Social e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, 7 maio 1999, republicado em 12 de maio de 1999b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d3048.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm)>. Acesso em: 23 nov. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social. Portaria nº 777/GM, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica no Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial [da] União*, 18 jun. 2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-777.htm>>. Acesso em: 23 nov. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social. *Lesões por esforços repetitivos (LER), distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), dor relacionada ao trabalho*: protocolos de atenção integral à saúde do trabalhador de complexidade diferenciada. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_ler\\_DORT.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_ler_DORT.pdf)>. Acesso em: 23 nov. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social. *Acompanhamento mensal dos benefícios auxílios doença concedidos segundo Códigos da Classificação Internacional de Doenças – 2006b*, da Secretaria de Políticas de Previdência Social/Área Técnica de Políticas de Saúde e Segurança Ocupacional/Coordenação de Monitoramento de Benefícios por Incapacidade. Disponível em: <[http://www.mps.gov.br/arquivos/office/3\\_081014-103849-588.pdf](http://www.mps.gov.br/arquivos/office/3_081014-103849-588.pdf)>. Acesso em: 24 nov. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social. *Acompanhamento mensal dos benefícios auxílios-doença concedidos segundo códigos da Classificação Internacional de Doenças – 2007*, da Secretaria de Políticas de Previdência Social/Área Técnica de Políticas de Saúde e Segurança Ocupacional/Coordenação de Monitoramento de Benefícios por Incapacidade. Disponível em: <[http://www.mps.gov.br/arquivos/office/3\\_081014-103849-820.pdf](http://www.mps.gov.br/arquivos/office/3_081014-103849-820.pdf)>. Acesso em: 24 nov. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social. *Acompanhamento mensal dos benefícios auxílios-doença concedidos segundo códigos da Classificação Internacional de Doenças – 2008*, da Secretaria de Políticas de Previdência Social/Área Técnica de Políticas de Saúde e Segurança Ocupacional/Coordenação de Monitoramento de Benefícios por Incapacidade. Arquivo: 3\_090120-142131-03. Disponível em: <<http://www.mps.gov.br/conteudoDinamico.php?id=502>>. Acesso em: 24 nov. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social. Decreto nº 6957/09, de 9 de setembro de 2009. Altera o regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, no tocante à aplicação, acompanhamento e avaliação do Fator Acidentário de Prevenção – FAP. Anexo II – Lista C. *Diário Oficial [da] União*, 9 set. 2009. Disponível em: <<http://www2.dataprev.gov.br/fap/Dec6957.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2013.

\_\_\_\_\_. Portal Brasil. Publicado: 25/07/2012. Última modificação: 28/07/2014. Acesso em: 10/11/2015.  
<http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2012/07/lei-que-regula-a-contratacao-de-pessoas-com-deficiencia-completa-21-anos>

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social. Acesso em: 07/01/14  
[http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/3\\_100701-165317-728.pdf](http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/3_100701-165317-728.pdf)

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social. Acesso em 07/01/14.  
[http://www.sinicesp.com.br/boletins/realizados/2012\\_09\\_24/Palestra%2007.pdf](http://www.sinicesp.com.br/boletins/realizados/2012_09_24/Palestra%2007.pdf)

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social. Acesso em 01/07/2014.  
<http://www.previdencia.gov.br/a-previdencia/instituto-nacional-do-seguro-social-inss/rede-de-atendimento/gencias-executivas/>

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social. Anuário Estatístico da Previdência Social 2012. Acesso em: 05/02/2014. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/estatisticas/aeps-2012-anuario-estatistico-da-previdencia-social-2012/aeps-2012-secao-i-beneficios/>

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social. Acesso em 20/06/2014.  
<http://www.previdencia.gov.br/noticias/beneficiosinss-simplifica-procedimentos-para-sindrome-da-lerdort/>

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social - Previdência lança publicação com ações de prevenção de acidentes e doenças do trabalho - por Portal Brasil. Acesso em 20/06/2014  
<https://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2011/07/previdencia-lanca-publicacao-com-acoes-de-prevencao-de-acidentes-e-doencas-do-trabalho>)

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social – Brasil e Alemanha discutem reabilitação profissional – por Portal Brasil. Acesso em 20/06/2014. <http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2014/03/brasil-e-alemanha-discutem-reabilitacao-profissional>

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social. INSS. Disponível em: <http://cntq.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Projeto-Rehabilita%C3%A7%C3%A3o-Integral-CNPS.pdf> Acesso em 05/01/2015

\_\_\_\_\_. Ministério do Trabalho e Previdência Social. Cartilha de Saúde do Trabalhador – Ações em Saúde do Trabalhador do INSS – Diretoria de Saúde do Trabalhador do INSS. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social. 3º Boletim Quadrimestral sobre Benefício por incapacidade – Acidentes e Doenças do Trabalho por Porte de Empresas Biênio 2012-2013. Disponível em: <http://www.fundacentro.gov.br/arquivos/projetos/3boletim-quadrimestral.pdf> Acesso em 23/03/2016.

CAMAROTTO, J. A., SIMONELLI, A. P., RODRIGUES, D. S. Ergonomia e trabalho. 33-53 In: SIMONELLI, A. P., RODRIGUES, D. S. (orgs) *Saúde e trabalho em debate: velhas questões, novas perspectivas*, Ed. Paralelo 15, Brasília, 2013.

CIEZA, A., EWERT, T., ÜSTUN, B, CHATTERJI, S., KONSTANJISEK, N., STUCKI, G. Development of ICF *core sets* for patients with chronic conditions. J. Rehabil. Med. 2004; (Suppl 44): 9-11.

COELHO, M.P., GUEDES, L.U., MACHADO, R.D. Reabilitação Profissional Habilita: Ressignificação do Trabalho e Resgate da Capacidade Laboral. *R. Laborativa*. V.1, n.1, p. 52-66, out./2012. <http://ojs.unesp.br/index.php/rlaborativa>

COSTA-BLACK, K.M. *Obstacles and facilitators in the return-to-work process of musculoskeletal disability – a focus on the workplace system*. 30f. Post-Doctoral Researcher, Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto, Canadá, 2011.

DAL ROSSO, S.D. As teorias da regulação. In: FERREIRA, M. C., DAL ROSSO, S. A *regulação social do trabalho*. Brasília, Paralelo 15, 2003, p. 07-09.

DEJOURS. C. 'Por um trabalho fator de equilíbrio'. *Revista de Administração de Empresas*, 33:3, pp. 98-104, 1993.

DI NUBILA, H.B.V., BUCHALLA, C.M. O papel das Classificações da OMS – CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Ver. Bras. Epidemiologia*. V. 11, n. 2, p. 324-35. 2008.

DI NUBILA, H B V. Uma introdução à CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Rev. Bras. Saúde ocup.* São Paulo, v. 35, n.121, p. 122-123. 2010.

ERGONOMIC WORKPLACE ANALYSIS. Finland: Finnish Institute of Occupational Health, 1989. Tradução autorizada: CAMAROTTO, J.A., BERNARDINO, T.S.M., VASCONCELOS, R., SOUZA, R.L., FURLAN, L., FONTOLAN, D. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP.

FALZON, P. Natureza, objetivos e conhecimentos da ergonomia – elementos de uma análise cognitiva da prática. In: FALZON, P. *Ergonomia*. São Paulo, editora Blucher, 2007, p. 03-19.

FERREIRA, M.C.P. Do trabalho que constrói ao que destrói identidades: o caso de bancários portadores de distúrbios osteomusculares relacionados ao Trabalho DORT no Estado de Goiás. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica de Goiás – GO, 2001.

FEUERSTEIN, M., SHAW, W.S., LINCOLN, A.E., MILLER, V.I., WOOD, P.M. Clinical and worplace factors associated with a return to modified duty in work-related upper extremity disorders. *Pain*, v. 102, p. 51-61, 2003.

FRANCHE, R.L., CULLEN, K, CLARKE, J., IRVIN, E., SINCLAIR, S., FRANK J. Institute for Work & Health (IWH) Workplace-Based RTW Intervention Literature Review Research Team. Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature. *J Occup Rehabil*. 2005;15(4):607-31.

FRIEDMANN, Georges. O objetivo da Sociologia do trabalho. In: FRIEDMANN, Georges & NAVILLE, Pierre (Orgs). *Tratado de sociologia do trabalho – vol. I*. São Paulo, Cultrix, EDUSP, p. 19-44, 1973.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GRAVINA, M.E.R. LER – Lesões por Esforços Repetitivos: Uma reflexão sobre os aspectos Psicossociais. *Saúde e Sociedade* 11(2): 65-87, 2002.

GUÉRIN, F. et al. *Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia*. São Paulo: Edgar Blücher, 2001. 200p.

HUBAULT, F. Do que a ergonomia pode fazer a análise? In: DANIELLOU, F. *A Ergonomia em Busca de seus Princípios: debates epistemológicos*. São Paulo: Edgard Blücher, 2004.

IMRIE, R. Demystifying disability: a review of the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Sociol Health Illness.*, v. 23, n. 3, p. 287-305. 2004.

LANCMAN, S., TOLDRÁ, R. C., SANTOS, M. C. Reabilitação profissional e saúde mental no trabalho. IN: GLINA, D. M. R., ROCHA, L.E. *Saúde mental no trabalho da teoria à prática*. São Paulo: Roca, 2010.

LANCMAN, S., DALDON, M. T. BARROS, J., GONÇALVES, R, JARDIM, T. Processos de retorno e permanência no trabalho: elementos estruturantes para a construção de um modelo de ação. p. 135-157 In: SIMONELLI, A. P., RODRIGUES, D. S. (orgs) *Saúde e trabalho em debate: velhas questões, novas perspectivas*, Ed. Paralelo 15, Brasília, 2013.

LIMA, F. P. A. "LER e abordagens positivistas do processo saúde doença." *Encontro Nacional de Eng. de Produção (ENEGEP), 16º, Piracicaba (1996): 7-10.*

\_\_\_\_\_. *Fundamentos teóricos da metodologia e prática de análise ergonômica do trabalho*. Texto de divulgação interna do DEP-UFMG, 1998.

LIMA, M.A.G., NEVES, R.F., TIRONI, M.O.S., NASCIMENTO, A.M.D.N., MAGALHÃES, F.B. Avaliação da funcionalidade dos trabalhadores com LER/DORT: a construção do Core Set da CIF para LER/DORT. *Acta Fisiatr*, 2008; 15(4): 229-235.

LIN, TY, TEIXEIRA, M. J., ROMANO, M. A., HELDER, P., SETTIMI, M.M., GREVE, J.M.D. Distúrbios ósteo-musculares relacionados ao trabalho. *Rev. Med.* (São Paulo), 80 (ed. esp. pt.2) 422-42, 2001.

LINDBERG, P., VINGARD, E., JOSEPHSON, M., ALFREDSSON, L. Retaining the ability to work – associated factors at work. *Eur J Public Health*. 2006; 16(5): 470-5. DOI: 10.1093/eurpub/cki190.

MAENO M.; TAKAHASHI M. A. C.; LIMA M. A. G. Reabilitação profissional como política de inclusão social. *Acta Fisiátr*. 2009;16(2); p. 53-58.

MAENO, M., WÜNSCH FILHO, V.. Reinserção no mercado de trabalho de ex-trabalhadores com LER/DORT de uma empresa eletrônica na região metropolitana de São Paulo. *Revista brasileira de Saúde Ocupacional*. São Paulo, 35 (121): 53-63, 2010.

MAGGI, B. O trabalho e a abordagem ergonômica. In: DANIELLOU, F. (Coord.). *A ergonomia em busca de seus princípios*. Debates epistemológicos. São Paulo: Edgard Blucher, 2004, p. 79-104.

\_\_\_\_\_. *Do agir organizacional – um posto de vista sobre o trabalho, o bem-estar, a aprendizagem*. São Paulo: Edgard Blücher, 2006.

MÂNGIA, E.F., MURAMOTO, M.T., LANCMAN, S. Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade e Saúde (CIF): processo de elaboração e debate sobre a questão da incapacidade. *Revista de Terapia Ocupacional* Universidade São Paulo, v. 19, n. 2, p. 121-130, maio/ago. 2008.

MARTINEZ, M.C., LATORRE, M. R.D.O., FISCHER, F.M. Validade e confiabilidade da versão brasileira do Índice de Capacidade para o Trabalho. *Ver. Saúde Pública*. 43(3): 525-32. 2009.

MARTINS, J. N., ASSUNÇÃO, A. A. A dor na doença músculo-esquelética associada ao trabalho. *Cadernos de Psicologia*, 12 (1), p. 61-76, 2002.

MEIJER, E.M., SLUITER, J.K. FRINGS-DRESEN, MH. Evaluation of effective return to work treatment programs for sick-listed patients with non-specific musculoskeletal complaints: a systematic review. *Int. Arch. Occup. Environ. Health*, v. 78, p. 523-532, 2005.

MENEGON, N.L. *Fundamentos conceituais para análise da atividade de trabalho*. São Carlos: Departamento de Engenharia de Produção, 2000.

OLIVEIRA, J. T. Ler – Lesão por Esforços Repetitivos: Um conceito falho e prejudicial. *Arq Neuropsiquiatr* 1999; 57(1): 126-131.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. São Paulo: Edusp, 2003.

\_\_\_\_\_. Relatório Mundial sobre a deficiência.

[http://who.int/disabilities/world\\_report/2011/chapter4\\_por.pdf](http://who.int/disabilities/world_report/2011/chapter4_por.pdf) acesso em 08/02/2015.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO – OIT. (2006). Agenda Nacional de Trabalho Decente. Brasília.

\_\_\_\_\_.(2006). Trabalho decente nas Américas: uma agenda hemisférica 2006-2015. Brasília.

\_\_\_\_\_.(2007). Declaração da OIT sobre os princípios e direitos fundamentais no trabalho e seu seguimento. Brasília.

\_\_\_\_\_.(2008). Emprego, desenvolvimento humano e trabalho decente: a experiência brasileira recente. Brasília.

PEREIRA, M.C.C. *O Serviço de Reabilitação Profissional Previdenciário: desafios para sua consolidação*. 119f. Dissertação (mestrado), Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

PRANSKY, G.S., SHAW, W.S., FRANCHE, R.L., CLARKE, A. Disability prevention and communication among workers, physicians, employers and insurers – current models and opportunities for improvement. *Disab rehab* 26[11], 625-634. 2004.

RIBEIRO, H. P. Lesões por esforços repetitivos (LER): uma doença emblemática. *Cad. Saúde Pública*. 1997; 13 suppl. 2: 85-92.

\_\_\_\_\_. *A Violência Oculta do Trabalho: as lesões por esforços repetitivos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

RIBERTO, M. *Core sets da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, 2011 set-out; 64(5): 938-46.

ROBERTS-YATES, C. The concerns and issues of injured workers in relation to claims/injury management and rehabilitations: the need for new operational frameworks. *Disabil. Rehabil.* 2003; 25(16):898-907.

ROSSI, E. Z. Reabilitação e reinserção no trabalho de bancários portadores de LER/DORT: Análise Psicodinâmica. *Tese de doutorado*, Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_. As consequências psíquicas do adoecimento por LER/Dort: o fracasso do processo de reabilitação e a volta ao trabalho. IN: SZNELWAR, L. I. (organização) *Saúde dos bancários*. 1. ed. São Paulo : Publisher Brasil : Editora Gráfica Atitude Ltda, p. 263-286, 2011.

SALDANHA, J. H. S., PEREIRA, A. P. M., NEVES, R. F., LIMA, M. A. G. Facilitadores e barreiras de retorno ao trabalho de trabalhadores acometidos por LER/DORT. *Rev. bras. Saúde ocup.*, São Paulo, 38 (127): 122-138, 2013.

SAMPAIO, R.F., LUZ, M.T. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n.3, p. 475-483, mar. 2009.

SATO, L. *et al.* Atividades em grupo com portadores de LER e achados sobre a dimensão psicossocial. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 79:21, pp. 49-62, 1993.

SATO, L. LER: objeto e pretexto para a construção do campo trabalho e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2001, 17(1): 147-152, jan-fev.

SCARANELLO, A.F.S. *O Serviço Social na Reabilitação Profissional do INSS: A experiência da Agência da Previdência Social de São José do Rio Preto – SP*. 169f. Dissertação (mestrado), Programa de Pós-Graduação da Faculdade de História, Direito e Serviço Social, UNESP, Franca, 2006.

SHAW, W.S., ROBERTSON, M.M., PRANSKY, G., McLELLAN, R.K. Employee perspectives on the role of supervisors to prevent work-place disability after injuries. *J. Occup. Rehabil.* 2003; 13(3): 129-42.

SILVA, E. C. ; CAMAROTTO, J. A. . Application of Work Ergonomic Analysis in the return to work process of employees absent due to Work Related Musculoskeletal Disorders (WMSDs). In: Proceedings 19th Triennial Congress of the IEA, Melbourne 9-14 August 2015, 2015, Melbourne Austrália. *Triennial Congress of the IEA*. Melbourne Austrália: International Ergonomics Association - IEA, 2015. v. 1.

SILVA, S.R., GUIMARÃES, E.V., RODRIGUES, A.M.V.N. Aspectos relacionados ao processo de retorno ao trabalho de indivíduos com distúrbios musculoesqueléticos do membro superior: uma bibliografia comentada. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 18, n. 1, p. 38-43, jan./abr., 2007.

SIMONELLI, A.P. *Contribuições da análise da atividade e do modelo social para a inclusão no trabalho de pessoas com deficiência*. 223f. Tese (doutorado), Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, São Carlos, 2009.

SIMONELLI, A. P., CAMAROTTO, J.A., BRAVO, E.S., VILELA, R.A.G. Proposta de articulação entre abordagens metodológicas para melhoria do processo de reabilitação profissional. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. São Paulo, 35 (121): 64-73, 2010.

SOARES, Lea Beatriz Teixeira. *Terapia Ocupacional: Lógica do capital ou do trabalho?* São Paulo: ed.Hucitec, 1991.

TAKAHASHI, M.A.C. Incapacidade e previdência social: trajetória de incapacitação de trabalhadores adoecidos por LER/DORT no contexto da reforma previdenciária brasileira da década de 1990. 2006. 332f. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

TERSAC, G. *Autonomía en el trabajo*. Madrid, Centro de Publicaciones/Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de España, 1995. 283 p. Capítulo 1. Division del trabajo y regulaciones sociales, p. 19-46.

TERSAC, G., MAGGI, B. O Trabalho e a Abordagem Ergonômica. In: DANIELLOU, F. *A ergonomia em busca de seus princípios – debates epistemológicos*. São Paulo, editora Edgard Blücher, 2004, p.79-104.

TOLDRÁ, R. C., DALDON, M. T. B., SANTOS, M. C., LANCMAN, S.. 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, 35 (121): 10-22, 2010.

TRUDEL, L. Meio Psicossocial de Trabalho e Processos de Adaptação e Reabilitação. In: LANCMAN, S. *Saúde, trabalho e Terapia Ocupacional*. São Paulo, Roca, 2004, p. 85-98.

TUOMI, K., ILMARINEN, J, JAHKOLA, KATAJARINNE, L., TULKKI, A. Índice de Capacidade para o trabalho. Traduzido por Frida Marina Fischer (coord.) – São Carlos: EdUFSCar, 2005. 59p.

ÜSTUN T.B. The International Classification of Functioning. Disability and Health: a common framework for describing health states. In: MURRAY, C.J.L., SOLOMON, J.A., MATHERS C.D., LOPEZ, A.D., editors. *Summary Measures of Populations Health: Concepts, Ethics, Measurement and Applications*. Geneva: WHO; 2002. P. 344-348.

VERTHEIN, M. A. R., GOMEZ, C. M. O Território da Doença Relacionada ao Trabalho: o corpo e a medicina nas LER. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 10 (2): 101-127, 2000.

WISNER, A. A metodologia na ergonomia: ontem e hoje. IN:\_\_\_\_\_. *A inteligência no trabalho*: textos selecionados de ergonomia. São Paulo: Fundacentro, p. 87-107, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Identification and control of work related diseases. "Report", Geneva, 1985. (WHO. Technical report series, 714).

YIN, R. K. *Estudo de caso*: planejamento e métodos. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

## APÊNDICE A – Entrevista com Analistas do INSS

Questões realizadas às Analistas do Setor de Reabilitação Profissional do INSS:

- 1) Como acontece o processo de retorno ao trabalho, desde o momento em que se identifica o DORT? O que é DORT para você? Quem são os indivíduos encaminhados?
- 2) Existe relação entre o Programa de Reabilitação Profissional do INSS e o tratamento que é realizado externamente?
- 3) Como é formada a equipe do Programa de Reabilitação Profissional? Qual a hierarquia? Como isso se dá no Brasil?
- 4) Como é o modelo de reabilitação e retorno ao trabalho do INSS para pessoas afastadas por LER/DORT? Este modelo utiliza a análise da atividade como foco deste processo?
- 5) Após a passagem pelo processo de avaliação e discussão com os profissionais do Programa de Reabilitação Profissional, qual das alternativas é utilizada pelo INSS:
  - a) Encaminha o trabalhador para a empresa e está se responsabiliza pela reinserção;
  - b) Orienta a empresa sobre a pessoa que será reinserida, sobre suas potencialidades, dificuldades, e a encaminha;
  - c) Vai até a empresa, analisa o posto de trabalho e depois faz a reinserção de acordo com o conhecimento que tem de ambos, do indivíduo reabilitado e do posto de trabalho, onde será reinserido.

## APÊNDICE B - Entrevista com a empresa

Questões utilizadas durante entrevista com empresa:

- 1) Quantos afastamentos e retornos aconteceram nos últimos anos?
- 2) Qual o setor/posto mais afasta nesta empresa? Quais as tarefas?
- 3) Qual(is) o(s) profissional(is) responsável(is) por analisar os postos que receberão os trabalhadores que estão retornando de um afastamento?
- 4) Qual a metodologia utilizada para esta seleção?
- 5) Qual a percentual de efetividade destas inclusões/integrações?
- 6) A empresa cumpre com Lei de Cotas? Inclui pessoas afastadas por DORT para cumprir com a Lei?
- 7) Qual é o desempenho dos funcionários que retornam após afastamento por DORT?
- 8) Em algum momento do retorno, os trabalhadores que retornam correspondem à produtividade em relação aos demais? Quando é observado isso durante o processo de retorno?
- 9) Quais as principais dificuldades no retorno do trabalhador afastado por doença osteomuscular?
- 10) Você considera os trabalhadores encaminhados pela Reabilitação Profissional do INSS preparados para o retorno? Por quê?
- 11) Como acontece o contato entre a empresa e a Reabilitação profissional do INSS?
- 12) A equipe do Programa de Reabilitação Profissional do INSS acompanha o processo de retorno pessoalmente? Ou parte do processo? Como acontece?
- 13) A empresa tem orientação/ajuda da equipe do Programa de Reabilitação Profissional do INSS para a inserção do trabalhador em determinados postos?

## APÊNDICE C – CORE SET DA CIF

LIMA, M.A.G., NEVES, R.F., TIRONI, M.O.S, NASCIMENTO, A.M.D.N., MAGALHÃES, F.B. **Avaliação da funcionalidade dos trabalhadores com LER/DORT: a construção do Core Set da CIF para LER/DORT.** Acta Fisiátr. 2008; 15(4): 229-235 (Adaptado)

<b>Lista Resumida das Funções do Corpo</b>
<b>Capítulo 1 Funções Mentais</b>
<b>Funções mentais globais (b110-b139)</b>
b126 Funções do temperamento e da personalidade
<b>b130 Funções da energia e dos impulsos</b>
b1300 Nível de energia
b1301 Motivação
<b>Funções mentais específicas (b140-b189)</b>
b140 Funções da atenção
b144 Funções da memória
b152 Funções emocionais
<b>b270 Funções sensoriais relacionadas com a temperatura e outros estímulos</b>
b2700 Sensibilidade à temperatura
b280 Sensação de dor
b2800 Dor generalizada
b2801 Dor localizada
b28010 Dor na cabeça ou pescoço
b28014 Dor em membro superior
b28016 Dor nas articulações
b2802 Dor em múltiplas partes do corpo
b2803 Dor num dermatomo
b2804 Dor num segmento ou região
<b>Capítulo 6 Funções geniturinárias e reprodutivas</b>
<b>Funções genitais e reprodutivas (b640-b679)</b>
b640 Funções sexuais
<b>Funções das articulações e dos ossos (b710-b729)</b>
<b>b710 Funções da mobilidade das articulações</b>
b7100 Mobilidade de uma única articulação
b7101 Mobilidade de várias articulações
<b>Funções musculares (b730-b749)</b>
<b>b730 Funções da força muscular</b>
b7300 Força de músculos isolados e grupos musculares
b7301 Força dos músculos de um membro
b7350 Tónus de músculos isolados e de grupos musculares
b7351 Tónus dos músculos de um membro
<b>b740 Funções da resistência muscular</b>
b7401 Resistência de grupos musculares
<b>b780 Sensações relacionadas com os músculos e as funções do movimento</b>
b7800 Sensação de rigidez muscular
b840 Sensações relacionadas com a pele

<b>Lista Resumida das Estruturas do Corpo</b>
<b>Capítulo 1 Estruturas do sistema nervoso</b>
<b>s120 Medula espinhal e estruturas relacionadas</b>
<b>s1200 Estrutura da medula espinhal</b>
s12000 Medula espinhal cervical
s1201 Nervos raquidianos
s140 Estrutura do sistema nervoso simpático
s150 Estrutura do sistema nervoso parassimpático
<b>Capítulo 7 Estruturas relacionadas com o movimento</b>
s710 Estrutura da região da cabeça e do pescoço
s7102 Ossos da região do pescoço
s7103 Articulações da região da cabeça e pescoço
s720 Estrutura da região do ombro
<b>s730 Estrutura do membro superior</b>
s7308 Estrutura do membro superior, outra especificada

<b>Lista Resumida dos domínios das Atividades e Participação</b>
<b>Capítulo 1 Aprendizagem e aplicação de conhecimentos</b>
<b>Aplicação do conhecimento (d160-d179)</b>
d177 Tomar decisões
<b>Capítulo 2 Tarefas e exigências gerais</b>
d230 Realizar a rotina diária
d240 Lidar com o stresse e outras exigências psicológicas
<b>Capítulo 4 Mobilidade</b>
<b>Mudar e manter a posição do corpo (d410-d429)</b>
d415 Manter a posição do corpo
<b>Transportar, mover e manusear objectos (d430-d449)</b>
d430 Levantar e transportar objectos
d440 Utilização de movimentos finos da mão
d445 Utilização da mão e do braço
<b>Andar e deslocar-se (d450-d469)</b>
d450 Andar
<b>Deslocar-se utilizando transporte (d470-d489)</b>
d470 Utilização de transporte
<b>Capítulo 5 Auto cuidados</b>
d510 Lavar-se
d520 Cuidar de partes do corpo
d540 Vestir-se
d550 Comer
d570 Cuidar da própria saúde
<b>Capítulo 6 Vida doméstica</b>
<b>Tarefas domésticas (d630-d649)</b>
d630 Preparar refeições
d640 Realizar as tarefas domésticas

<b>Cuidar dos objectos da casa e ajudar os outros (d650-d669)</b> d650 Cuidar dos objectos da casa d660 Ajudar os outros
<b>Capítulo 7 Interações e relacionamentos interpessoais</b> <b>Interações interpessoais gerais (d710-d729)</b>
d720 Interações interpessoais complexas
<b>Relacionamentos interpessoais particulares (d730-d779)</b>
d760 Relacionamentos familiares d770 Relacionamentos íntimos
<b>Capítulo 8 Áreas principais da vida</b> <b>Educação (d810-d839)</b>
d825 Formação profissional d830 Educação de nível superior
<b>Trabalho e emprego (d840-d859)</b>
d845 Obter, manter e sair de um emprego d850 Trabalho remunerado d855 Trabalho não remunerado
<b>Capítulo 9 Vida comunitária, social e cívica</b>
d910 Vida comunitária

<b>FACTORES AMBIENTAIS</b>
<b>Capítulo 1 Produtos e tecnologia</b>
<b>e110 Produtos ou substâncias para consumo pessoal</b> e115 Produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária e120 Produtos e tecnologias destinados a facilitar a mobilidade e o transporte pessoal em espaços interiores e exteriores
<b>e135 Produtos e tecnologias para o trabalho</b> e1350 Produtos e tecnologias gerais para o trabalho e1351 Produtos e tecnologias de assistência para o trabalho
<b>Capítulo 3 Apoio e relacionamentos</b> e310 Família próxima e315 Família alargada e320 Amigos e325 Conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade e330 Pessoas em posição de autoridade e340 Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais e355 Profissionais de saúde e360 Outros profissionais
<b>Capítulo 4 Atitudes</b> e410 Atitudes individuais de membros da família próxima e420 Atitudes individuais de amigos e425 Atitudes individuais de conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade e430 Atitudes individuais de pessoas em posições de autoridade e450 Atitudes individuais de profissionais de saúde e455 Atitudes individuais de outros profissionais e460 Atitudes sociais e465 Normas, práticas e ideologias sociais

**APÊNDICE D – Ficha de Descrição Da Tarefa**

Ficha de Descrição da Tarefa (FDT)

Posto de reinserção: \_\_\_\_\_

Atividade: \_\_\_\_\_

Foto	O que?	Como?	Observação do analista	Observação do operador

## APÊNDICE E: Posto de afastamento caso W

### Ficha de Descrição da Tarefa

Posto de afastamento: Grupo fundidor diesel

Atividade: Fabricação de pistões à diesel

FOTO	O que?	Como?	Obs. do analista	Obs. do operador
	Inicialmente coloca a máquina para aquecer. Depois pinta a coquilha	Utiliza um spray para pintar a coquilha e o macho. Utiliza grafite para pintar os pinos, que ficam encaixados na coquilha.		Hoje trabalha 1 operador por máquina. Antes eram 2 operadores para 3 máquinas. "Se falta funcionário volta a ser como antes".
	Pinta a coquilha.	Com um spray pinta a parte posterior da coquilha. Para isso, sobe em um degrau perto da máquina para alcançar os pontos mais distantes.	Utiliza luvas durante toda a atividade de fundição, devido a alta temperatura.	Estes pistões são utilizados em carros grandes, como caminhão e ônibus.
	Coloca o filtro ao lado da coquilha.	Pega o filtro com a mão direita e o encaixa ao lado da coquilha.	Na área de trabalho existem ventiladores e relógio para controlar a temperatura ambiente.	

	Prepara coquilha para fazer o pistão.	Utiliza um bico de ar sobre a coquilha.		Bate o ar para retirar a sujeira.
	Prepara o molde para fazer o pistão.	Aperta um botão da máquina e esta se prepara para fazer o molde do pistão, aproximando pinos e cabeça da coquilha.		
	Pega anel de metal mergulhado na liga de alumínio.	Ao lado da máquina, pega um anel de metal que está mergulhado na liga de alumínio, pendurado por um suporte/gancho de metal.		Realiza movimento de um lado para outro com o gancho para retirar possíveis bolhas.
	Pega anel de metal mergulhado na liga de alumínio.	Retira o anel do forno puxando o gancho de metal.		

	Pega anel de metal mergulhado na liga de alumínio.	Com um alicate (ferramenta) retira o anel do gancho de metal.		
	Pega anel de metal mergulhado na liga de alumínio	Pega o anel com a garra de metal e faz um movimento para retirar o excesso de alumínio do anel.		
	Pega anel de metal mergulhado na liga de alumínio.	Deixa gancho sobre o forno e leva o anel até a máquina, ao lado.		
	Coloca o anel sobre o molde do pistão,	Com o alicate coloca o anel sobre o molde para aderi-lo ao pistão.		

	Coloca liga de alumínio dentro do molde.	Vira-se e coloca a liga de alumínio da caneca dentro do molde, que está sobre a máquina.		Tem um tempo certo para colocar a liga dentro do molde. Depois disso, a peça poderá sair com defeito. Então, o operador deve ser rápido.
	Coloca liga de alumínio dentro do molde.	Ao terminar de colocar a liga dentro do molde, retira a caneca.		Todos os dias, antes de iniciar a atividade, o operador disse que busca a caneca, lava e depois utiliza uma tinta especial para fundição no seu interior.
	Coloca o restante da liga em uma vasilha de descarte ("boloteira").	Ao lado da máquina fica uma vasilha de descarte, onde coloca o restante da liga.		O descarte é levado para a fundição novamente.
	Coloca o restante da liga em uma vasilha de descarte.	Coloca o restante de liga na vasilha de descarte e bate levemente a caneca sobre a vasilha.		"Os operadores mais novos sofrem mais com o peso, pois seguram na extremidade do cabo da caneca, pois tem medo de se queimar."

	Prepara o molde do pistão.	Aperta, ao lado da máquina, um botão, com a mão direita, para aproximar a cabeça da coquilha e com a o pé direito aperta um pedal ao lado da máquina para abrir a tampa do forno de fundição.		
	Pega a liga metálica que será utilizada para fazer o pistão.	Pega a caneca (aproximadamente 3,5kg) e a mergulha dentro da liga de alumínio, que fica no forno, ao lado da máquina.	O peso total da liga de metal dentro da caneca é de, aproximadamente , 9 kg.	O peso da caneca varia de acordo com o tamanho do pistão. O pistão mais pesado pesa em torno de 12kg (a caneca pesa 4,5kg e o pistão 7,5 kg)  A temperatura do forno de fundição varia entre 760°C e 780°C. O operador olha, a todo o momento, o painel do forno para controlar a temperatura, que não pode ser menor que 760°C, porque senão não funde ou maior que 780°C, porque não funde adequadamente.

	Coloca liga de alumínio dentro do molde.	Vira-se e coloca a liga de alumínio da caneca dentro do molde, que está sobre a máquina.		Tem um tempo certo para colocar a liga dentro do molde. Depois disso, a peça poderá sair com defeito. Então, o operador deve ser rápido.
	Coloca liga de alumínio dentro do molde.	Ao terminar de colocar a liga dentro do molde, retira a caneca.		Todos os dias, antes de iniciar a atividade, o operador disse que busca a caneca, lava e depois utiliza uma tinta especial para fundição no seu interior.
	Coloca o restante da liga em uma vasilha de descarte ("boloteira").	Ao lado da máquina fica uma vasilha de descarte, onde coloca o restante da liga.		O descarte é levado para a fundição novamente.
	Coloca o restante da liga em uma vasilha de descarte.	Coloca o restante de liga na vasilha de descarte e bate levemente a caneca sobre a vasilha.		"Os operadores mais novos sofrem mais com o peso, pois seguram na extremidade do cabo da caneca, pois tem medo de se queimar."

	Coloca a caneca sobre o forno.	Vira-se e coloca a caneca sobre o forno de fundição.	O processo de preparação com pistola de ar até o momento em que coloca a caneca sobre o forno de fundição acontece e um período aproximado de 1 minuto.	
	Pega um anel de metal.	Ao lado do forno de Alfim pega um anel com um gancho.		
	Mergulha o anel na liga de alumínio.	Com o gancho pendura o anel em um suporte para deixá-lo mergulhado na liga metálica de alumínio em torno de 3 minutos.	Coloca um anel de cada vez no suporte.	Por hora coloca em torno de 15 anéis no suporte. Nesta situação o anel pesa 500g. O peso do anel varia de acordo com o tamanho do pistão. "Pode variar entre 150g a 700g."

	Pega os pistões acabados para lixar.	Pega os pistões semi-acabados do lado de fora do setor da máquina e os leva para limar rebarbas.	Enquanto o pistão está na máquina solidificando, o operador faz o visual (inspeção de qualidade) e acabamento com uma lima.	A solidificação deste pistão leva em torno de 4 minutos e a produção é de, aproximadamente, 15 peças por hora.
	Lima os pistões.	Com uma lima de metal, inicia o acabamento do pistão e faz o visual (inspeção de qualidade).		O operador sobe e fica em torno de 1 minuto para fazer a peça e desce a plataforma (dois degraus) para limar as rebarbas, enquanto espera a solidificação de 4 minutos. A plataforma melhorou muito, pois antes era só um degrau.
	Lima os pistões.	Lima os pistões e faz a inspeção destes.		Os pistões que apresentam defeito são pintados de vermelho e descartados em uma caçamba.

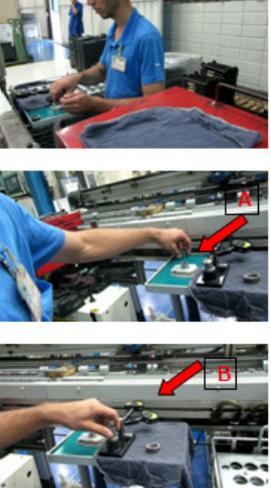
	Os pistões são colocados no carrinho.	Os pistões acabados são colocados dentro de um carrinho.		Na IPF (Instrução do Processo de Fundição) marca a quantidade de peças por hora, verifica como fazer o <i>set up</i> de peças diferentes e verifica o tempo da máquina.
	Foto da máquina abrindo e expondo a peça, após solidificação da liga.			O pistão pesa em torno de 3 a 4 kg.
	Operador retira a peça da máquina.	Após solidificação, o operador pega uma ferramenta (tenaz) e retira a peça da máquina. Coloca ao lado, no resfriador, para depois ser limada.	O operador reveza entre o processo de solidificação da peça e o visual/acabament o das peças.	

## APÊNDICE F – Posto de reinserção caso W

### Ficha de Descrição da Tarefa – caso W

Posto de reinserção: Usinagem de eixos de comando

Atividade: Retificação do diâmetro interno do came para motor à gasolina

FOTO	O que?	Como?	Obs. do analista	Obs. do operador
	Liga a máquina.	O operador vai até o painel da máquina e a liga, apertando um botão.	Eleva o braço direito acima da linha articular do ombro ao ligar a máquina.	
	Observa o funcionamento da máquina.	Observa a retificação (usinagem) das peças dentro da máquina.		
	Faz a correção da máquina.	No painel ajusta as medidas para a usinagem das peças.	Eleva o braço direito acima da linha articular do ombro ao ajustar a máquina.	A correção automática da máquina não é suficiente, então o operador deve fazer os ajustes manualmente, já que a ferramenta de usinagem vai desgastando como tempo de uso. O ajuste acontece a cada hora, aproximadamente. “Depois de 200 peças usinadas tem que <del>dressar</del> o rebolo”, ou seja, tem que dar um passo para ajustar, pois há desgaste do rebolo.
	Mede parte interna (A) e parte externa (B) das peças.	Utiliza o aparelho de diâmetro (A) para a medida interna da peça, olhando do painel de medição e utiliza o relógio de medição de batimento (B) para fazer a medida externa da peça.	Utiliza a mão esquerda para colocar a peça no aparelho que mede o diâmetro interno e com a mão direita faz o movimento de rotação e verifica no painel a medida desejada. Com a mão direita coloca a peça sobre o relógio de batimento para fazer a medida externa e observa no relógio se a medida está correta.	É uma inspeção de qualidade importante. “Se não medir corretamente (100%), mata a peça no processo posterior.”
	Mede as peças.	Com uma mão pega uma ou duas peças (já usinadas) na esteira e com a outra mão faz a medição.		

	Coloca a peça na bandeja.	Termina a afiação e coloca a peça na bandeja.		A máquina produz 200 peças por hora. Quando não faz o abastecimento e verificação desta quantidade de peças, deve justificar o motivo na ficha de produção.
	Limpa a mão.	Utiliza um tecido para a limpeza da mão.		Quando precisa ir ao banheiro ou beber água não desliga a máquina, porém “ela produz muito e tem que agilizar. Nesse momento dói o punho”. Como está sendo reinserido neste posto, faz a atividade no seu ritmo, pois em uma sequência repetitiva e sem pausa sente dor no punho.
	Ajusta a máquina.	Vai até o painel da máquina e faz o ajuste.		
	Vai até a esteira para abastecê-la.	Caminha até o lado oposto da máquina, onde fica a esteira.		
	Coloca a plataforma no local de trabalho.	Empurra a plataforma com o pé até o local de trabalho.		Faz isso, porque os outros trabalhadores a afastam. “A adaptação da plataforma é boa para mim e para os outros, pois a atividade é realizada acima do ombro”.

	Abastece a máquina.	Pega os anéis (brutos) no caminho, ao lado e abastece a esteira para serem usinados.	As peças são colocadas sobre a esteira que leva a peça para dentro da máquina. Depois de usinadas estas saem por outra esteira paralela, de onde as peças são retiradas para a inspeção de qualidade.	A plataforma tem 25 cm de altura.
	Volta para continuar as medições, do outro lado da máquina.	Vai até os aparelhos de medição e volta a fazer as medidas interna e externa das peças.		Faz as medições durante toda jornada de trabalho.
	Pega a bandeja (de um caminho para outro) para colocar sobre as outras para ser preenchida com as peças.	Pega a bandeja pelas alças e a manuseia até o caminho.		A bandeja vazia pesa 9,6kg, faz o manuseio três vezes por hora. As vezes, não tem caminho sobrando, então tem que descarregar de uma só vez 13 bandejas. “Quando o preparador está na área, ele ajuda.”
	Manuseio da bandeja.	Segura a bandeja pelas alças e a coloca sobre as outras.		O caminho com as bandejas cheias são levados por outro operador.

	Pega o caminho.	Empurra o caminho até os <i>paleis</i> com peças.		
   	Pega as bandejas de peças sobre o <i>palete</i> .	Inclina-se sobre o <i>palete</i> e pega uma bandeja de cada vez e a coloca sobre o caminho.	Colocou 4 bandejas sobre o caminho.	A bandeja de peças pesa, aproximadamente, 5kg. Carrega em torno de 9 bandejas para o caminho durante a jornada, ou seja, coloca no máximo 4 bandejas sobre o caminho de cada vez.
				
	Leva o caminho próximo à esteira da máquina.	Empurra o caminho com, no máximo 4 bandejas de cada vez, próxima a máquina.		Faz ginástica laboral (10 min.) antes de entrar no trabalho e no meio do turno. Tem 1 hora de almoço.
	Retoma às medições.	Continua a atividade de medição e de abastecimento da máquina durante a jornada de trabalho.		Quando sai alguma peça errada da usinagem, coloca para refugo.

## APÊNDICE G – Posto de afastamento caso G

### Ficha de Descrição da Tarefa

Posto de afastamento: Usinagem de ferro

Atividade: centrífuga - long machine

FOTO	O que?	Como?	Observação analista	Observação Operador
	Passa grafite no local, em que é realizado o vazamento do ferro fundido para a coquilha.	Com um pincel (vassoura) passa grafite no local de vazamento do ferro fundido do caquinho para a coquilha. Passa o grafite nas duas máquinas.		Passa o pincel com grafite todas as vezes, antes de derramar o ferro fundido do caquinho para a coquilha para evitar fundir-se à bica.  Esta atividade é realizada pelo operador de máquina.  Ao iniciar a jornada de trabalho, o operador faz uma checagem rápida da máquina para dar início às atividades. Nesta atividade deve-se dar prioridade à máquina, pois tem que limpar, observar se está pintando bem e se as peças estão fixas na frente (principalmente as tampas e os caquinhos). "Esta atividade é realizada o dia todo e deve-se estar sempre atento".
	Observa a centrífuga.	Observa a centrífuga, enquanto retira a luva por alguns segundos e a coloca novamente.	Operador usa viseira, luvas, roupa com textura especial, chapéu de proteção, sapato e pemeira e óculos.  Às vezes, durante o processo o operador se afasta, observando o	"Fico afastado da máquina, porque as coquilhas se chocar ou pular e jogar material (em alta temperatura) para fora." "Isso é feito mais por segurança, somos orientados para nos afastarmos no início da operação." "Com o calor se acostuma, mas os ventiladores amenizam."
	Faz limpeza da borda da peça, que está sendo centrifugada.	Passa escova com cerdas de metal para limpar as bordas da peça. Faz o mesmo processo nas duas máquinas.	processo.	Essa limpeza vai mudar, pois as máquinas estão sendo trocadas para fazer auto-limpeza.
	Pega um caminho, ao lado da máquina.	Pega um caminho e o empurra até a máquina (centrífuga).		
	Se prepara para retirar a peça tubo (long machine) da centrífuga.	Pega a tenaz (ferramenta) que está sobre o caminho.		Com a mudança que houve nos postos de trabalho relativos à fundição de ferro, a empresa controla a temperatura média através do termômetro que mede a temperatura efetiva do local.
	Retira a tampa que segura o tubo dentro da máquina.	Com a tenaz retira a tampa que fixa a peça/tubo dentro da máquina, durante a centrifugação. Faz o mesmo processo nas duas máquina, para isso leva o caminho até a outra máquina também (uma máquina fica ao lado da outra).		

	<p>Puxa a peça/tubo (long machine).</p>	<p>O operador encaixa a tenaz por dentro do tubo e o puxa para fora da máquina. O tubo sai da máquina sobre o caminho.</p>	<p>O operador utiliza o peso do próprio corpo para ajudar a puxar a peça.</p>	<p>A peça/tubo long machine pesa em torno de 42kg (existem algumas variações de peso para algumas peças long machine). As variações estão entre 8 e 42kg. As mais utilizadas tem em torno de 35 kg, depende da demanda.</p>
				

	<p>Leva o tubo até a esteira.</p>	<p>Vira e empurra o caminho com a peça até a esteira.</p>		
	<p>Coloca a peça da esteira.</p>	<p>O operador empurra a peça, utilizando-se da tenaz, sobre a esteira.</p>	<p>Próximo da centrífuga e da peça/tubo a temperatura é alta, enquanto que nos corredores amplos, percebe-se uma temperatura mais amena, devido aos ventiladores.</p>	<p>A esteira apresenta exaustor para ajudar no resfriamento da peça e no resfriamento do ambiente, além dos ventiladores.</p> <p>“Com a introdução de mais ventiladores dá para trabalhar bem, além disso, tomamos água com soro, disponível na área.”</p>
	<p>Após colocar a peça na esteira puxa o caminho de volta.</p>	<p>Puxa o caminho e o gira para levar até a outra máquina.</p>		<p>Antes os trabalhadores revezavam entre as máquinas long machine e a convencional. Hoje não existe este revezamento.</p>

	Leva o caminho até a outra máquina.	Empurra o caminho até a outra máquina.		
	Pega mangueira de ar comprimido.	Faz a limpeza na parte interna da centrifuga (coquilha) com o bico de ar comprimido.		
	Faz a limpeza da centrifuga.	Com o bico de ar comprimido o operador faz a limpeza da coquilha (centrifuga).		A limpeza é importante para evitar que a próxima peça seja danificada.
	Pega mangueira de tinta e pinta a parte interna da centrifuga (coquilha).	Usa a mangueira de tinta para pintar a parte interna da coquilha da centrifuga.		A pintura é necessária, senão o ferro fundido pode se fundir com a própria coquilha ou no fundo.
	Faz a pintura da coquilha.	O operador inclina-se para pintar dentro da coquilha.		

	Aciona máquina.	No painel o operador aperta botões para acionar a máquina.		Automaticamente a máquina solta tinta e também pinta a coquilha.
	Aproxima o caminho da outra máquina.	Empurra o caminho da máquina, para retirar a outra peça/tubo.		
	Retira a peça da centrifuga.	Com a tenaz, o operador puxa a peça sobre o caminho.	Foi possível observar que o operador teve maior dificuldade para puxar esta peça, devido ao esforço demonstrado através do próprio corpo, ao jogá-lo para trás a fim de deslocar a peça de dentro da centrifuga para o caminho.	Isso acontece com coquilhas de mais tempo de uso, que pode grudar um pouco. "As vezes, o calor é tão alto que prende mais, então a gente espera esfriar um pouco para depois puxar a peça."
	Operador puxa peça sobre caminho.	Puxa a peça com a tenaz, até que esta esteja toda sobre o caminho. Continua o processo como no exemplo anterior, em que leva a peça até a esteira com exaustor.		

	Espera outro operador (vazador) encher o cadinho com ferro fundido.	Enquanto outro operador (vazador) enche o cadinho com ferro fundido, o operador espera observando o processo.		Não existe revezamento entre as atividades, ou seja, que é operador de máquina não faz a atividade de vazador e vice-versa.
	Retira as escórias (impurezas do ferro fundido).	Com uma espátula (escumadeira), o operador retira as impurezas do ferro fundido, antes de vaziar o material fundido do cadinho na coquilha.		
	Aciona o painel.	Aperta um botão para acionar a máquina que despejará o ferro fundido do cadinho na coquilha.		
	Observa o cadinho.	Frente à máquina, o operador observa o cadinho despejando o ferro fundido na coquilha.		“Qualquer barulho ou algo estranho, tem que se afastar, pois é aniscado um acidente.”
	A máquina abre para o resfriamento da peça/tubo.	A máquina abre com a peça/tubo sendo centrifugado e esfriando na água liberada pela própria máquina. O operador observa a máquina para continuar o processo.		A centrífuga dá o formato de tubo à peça que depois será retirada.
	Novamente, passa grafite no local, em que é realizado o vazamento do ferro fundido para a coquilha.	Com um pincel passa grafite no local de vazamento do ferro fundido do cadinho para a coquilha. Passa o grafite nas duas máquinas. Continua o processo como foi explicado no início.	A atividade acontece de maneira repetitiva durante toda a jornada de trabalho.	Faz este ciclo em média 8 vezes por hora. Dependendo do peso da peça fica mais ou menos tempo na máquina para esfriar e ser retirada.

## APÊNDICE H – Posto de reinserção do caso G

### Ficha de Descrição da Tarefa

Posto de reinserção: Porta anel - Usinagem

Atividade: Embalagem de anéis

FOTO	O que?	Como?	Observação analista	Observação Operador
	Pega os anéis.	Pega os anéis na <u>gancheira</u> .		A Primeira coisa que faz ao iniciar a atividade é fazer a verificação do amplificador e dos outros itens do posto de trabalho. Verifica se as linhas estão cheias de anéis. A atividade principal é tirar os anéis da <u>gancheira</u> e colocar na caixa.
	Pega os anéis.	Leva os anéis até o suporte.		Os anéis são colocados <u>automaticamente</u> na <u>gancheira</u> pela máquina ao lado do posto do operador.
	Pega os anéis.	Coloca os anéis no suporte e faz o visual (inspeção).	Flexiona a coluna cervical e lombar mais que 20° ao fazer o visual.	Os pacotes de anéis pesam em torno de 3 a 4 quilos. Não pode manusear anéis mais pesados. Então, pede ajuda na área de trabalho, para o <u>auxiliar</u> de produção.

				
	Pega um saco plástico.	Ao lado da caixa e abaixo do suporte com os anéis, inclina-se para frente e pega um saco plástico.		
	Pega um saco plástico.	Abre o saco plástico para colocar os anéis.		Cada pacote tem 7 a 32 anéis, depende do tamanho e peso do anel. Neste caso eram colocados 24 anéis em cada pacote.
	Coloca os anéis no saco plástico.	Encaixa o saco plástico nos anéis que estão dispostos no suporte.		
	Coloca os anéis no saco plástico.	Envolve os anéis no saco plástico.		

	Retira os anéis do suporte.	Já envolvidos no saco plástico, retira os anéis do suporte, puxando-os para frente.		
	Coloca os anéis na caixa ao lado.	O operador inclina-se para frente e coloca os anéis dentro da caixa.		Na jornada de trabalho o trabalhador enche uma caixa de anéis. A caixa tem 3 camadas de anéis, sendo que tem 45 pacotes de anéis, portanto embala aproximadamente 135 pacotes de anéis na jornada de trabalho, em cada máquina. Hoje faz 5 máquinas enchendo suas respectivas caixas. Tem caixa que precisa de 30 pacotes para encher, pois o anel é grande.
	Coloca os anéis na caixa ao lado.	Ajusta o saco plástico aos anéis.		Depois de cheia, esta caixa é levada por outro operador, através de empilhadeira para outro setor.  Durante a jornada, também anda pelas linhas observando se precisa embalar anéis (de modelos diferentes) de outras máquinas.

	Abre outra caixa da linha de máquinas.	Abre a caixa e coloca a tampa atrás da mesma.		
	Pega os anéis na gancheira.	Vai até a gancheira e pega os anéis.	Estes anéis são maiores.	Esta é uma peça tipo exportação, então exige maior cuidado na embalagem. Utiliza-se de dois sacos plástico para embalar e é colocada na máquina para embalagem a vácuo.
	Coloca no suporte ao lado da caixa.	Coloca os anéis no suporte para embalagem.		Estes anéis são embalados de 2 a 3 vezes ao mês. Estes pesam em torno de 6 quilos, mas tem outros menores também.
 	Pega saco plástico.	Abre o saco plástico, introduzindo a mão direita no mesmo.		

	Coloca os anéis no saco plástico.	Introduzo o saco plástico nos anéis que estão no suporte.		A embalagem destes anéis é a mais “chata”, pois exige mais do operador fisicamente e maior atenção.
	Ajusta o saco plástico.	Dobra e ajusta o saco plástico nos anéis.		A caixa apresenta 4 camadas de jogos de anéis, sendo que cada camada tem 24 pacotes. Portanto, para completar a caixa são 96 pacotes de anéis. Um operador completa esta caixa na sua jornada e faz mais máquinas.
	Abre outro saco plástico e coloca os anéis.	Abre mais um saco plástico e introduz os anéis que estão presos ao suporte.		Faz ginástica laboral duas vezes na jornada.
	Retira os anéis do suporte.	Retira os anéis envolvidos pelos sacos plásticos do suporte.		Durante a jornada de trabalho o trabalhador passa por várias máquinas para descarregar as <u>gancheiras</u> .

	Coloca os anéis sobre a bancada.	Coloca os anéis sobre a bancada, a lado do suporte, e ajusta os sacos plástico antes de colocar na máquina (selagem a vácuo) que está à frente.		
	Abre a máquina.	Abre a máquina e introduz os anéis.		
	Fecha a máquina.	Fecha a máquina de selagem a vácuo.		
	Coloca os anéis na caixa.	Abre a máquina, pega o jogo de anéis selados no plástico e leva para a caixa.		
	Coloca os anéis na caixa.	Abre a máquina, pega o jogo de anéis selados e coloca na caixa.	Chega a flexionar a coluna quase 90° ao colocar os anéis dentro da caixa.	“Se não melhorar a altura da caixa para embalagem, receio que vou piorar.”

## APÊNDICE I – Posto de afastamento caso P

### Ficha Descrição da Tarefa

Posto de afastamento: Usinagem (setor de areia)

Atividade: Embalagem de eixos grandes

FOTO	O que?	Como?	Observação analista	Observação Operador
	Pega a peça.	Pega a peça sobre a esteira.		Os eixos grandes tem entre 10 e 15 kg. O operador explica que quando chega ao posto coloca o avental, as luvas (proteção contra o óleo), o chapéu de proteção e óculos.
	Pega a peça	Pega a peça e vira-se com a peça nas mãos.	Pega uma peça de cada vez para colocar no cavalete.	Tem trabalhadores que pegam uma peça em cada mão, mas considera pesada.
	Embala a peça.	Coloca a peça dentro do cavalete.	O trabalhador flexiona a coluna acima de 30°.	Coloca a peças em <i>pallets</i> ou cavaletes. Os cavaletes são para clientes internos e os <i>pallets</i> para clientes externos.
	Pega a peça.	Pega a peça sobre a esteira.		A produção de peças grandes é menor que a produção de peças pequenas e médias. Tem que prestar atenção na qualidade das peças e na quantidade que vai em cada <i>pallet</i> .
	Embala a peça.	Coloca a peça dentro do cavalete.	Repete o ciclo por várias vezes, até finalizar as peças sobre a esteira.	Quando as peças terminam vai fazer outra atividade. Volta quando a máquina produziu mais peças (51 de cada vez) e abastece o cavalete novamente. Isso acontece, aproximadamente, a cada 20 minutos. Em cada <i>pallet</i> cabe em torno de 75 peças.  O caminho do <i>pallet</i> não tem regulagem de altura.

## APÊNDICE J – Posto de reinserção do caso P

### Ficha Descrição da Tarefa

Posto de reinserção: Usinagem (setor de areia)  
Atividade: Embalagem de eixos médios e pequenos.

FOTO	O que?	Como?	Observação analista	Observação Operador
	O operador do início da linha abastece a esteira.	O operador pega as peças no carrinho, faz a inspeção e coloca sobre a esteira.		
  	O operador pega as peças.	O operador pega duas peças sobre a esteira, uma com cada mão.	No decorrer do tempo, o operador passou a pegar mais peças por vez, ou seja, duas com uma mão e uma na outra (3 peças).	Embarcar é colocar as peças dentro do <i>palet</i> ou do cavalete.  As luvas e avental são importantes para proteção contra o óleo.  Antes as embalagens eram de peças pequenas e grandes. Pegava várias peças de uma vez para colocar dentro dos cavaletes. Agora separam as peças pequenas das maiores.  Estas peças são médias, pesam em torno de 4kg. Também faço a embalagem de peças menores, em torno de 2,5 kg.
	Pega as peças.	Pega as peças sobre a esteira e vira-se para o cavalete.		A altura dos cavaletes varia, pois para cada peça tem uma altura, porque dependendo do tamanho vai uma quantidade diferente. Para a peça de 2,5kg chega a embalar de 640 a 900 peças por cavalete e para a peça média (4kg), chega a embalar 360 peças. "As peças são leves, mas até o fim do turno fica pesado." "A peça exige força do braço inteiro" "Vai chegando o final do dia a mão nem fecha direito e o cotovelo dói"  O carrinho hidráulico regula a altura do cavalete. "Antigamente embalava no chão e tinha que inclinar muito." "Apesar da regulagem do cavalete ainda as costas doem um pouco."
	Coloca as peças no cavalete.	O operador inclina-se para frente e coloca as peças lado a lado no cavalete.		Este cavalete embala 360 peças. O operador embala dois ou um pouco mais, ou seja, de 720 a 800 peças por jornada de trabalho.  A embalagem das peças de 2,5 kg é de, aproximadamente, 1200 peças por dia, sendo que em cada cavalete coloca-se em média 900 peças.

				<p>Faz pausa a cada 15 minutos, quando tem duas máquinas funcionando. Senta-se durante este tempo.</p> <p>No início do processo de reinserção fazia pausas de 40 minutos, pois tinha apenas uma máquina produzindo.</p> <p>Conta o número de peças por cavalete.</p>
	<p>Espera as peças.</p>	<p>Em frente à esteira, o operador espera as peças chegarem para a embalagem.</p>		<p>Este posto passou por mudanças, pois antes embalava-se peças grandes, médias e pequenas no mesmo posto.</p>
	<p>Foto das peças sobre a esteira, chegando até o operador.</p>			<p>Fica atento para retirar as peças que vão para refugo e na quantidade de peças que vão em cada cavalete.</p>

## APÊNDICE K – Posto de reinserção do caso J

### Ficha de Descrição da Tarefa

Posto de reinserção: Central de embalagem

Atividade: Montagem de caixas

FOTO	O que?	Como?	Observação analista	Observação Operador
	Pega o papelão e o plástico.	Sobre a mesa pega um molde de papelão e sobrepõe com uma pequena placa de plástico.	Esta atividade envolve colocar o apontador em um papelão e este dentro da caixa de lápis de cor.	Quando chegam para trabalhar, cada um pega um pouco do seu material nas caixas ao lado e coloca na mesa para começar o trabalho.
 	Pega o papelão e o plástico.	Junta o plástico ao papelão.		O trabalhador alterna a postura entre sentado e em pé a cada 30 ou 40 minutos. Faz pausas para tomar água, ir ao banheiro e para a ginástica laboral, 3 vezes na jornada de trabalho.
	Encaixa o apontador.	Pega o apontador sobre a mesa e o encaixa no papelão e plástico (farão parte da caixa de lápis de cor).		O trabalhador alterna as atividades que realiza sentado na mesma bancada, pois depende da demanda. Poderia ser com outro tipo de apontador, escolha das cores dos lápis. Tem algumas atividades que são
				em equipe, ou seja, cada um faz uma parte e trabalho individual, ou seja, o trabalhador começa e termina o produto esperado.
 	Dobra o papelão.	Dobra o papelão, em que o apontador foi inserido.		
 	Dobra o papelão	Coloca a dobra de papelão e apontador sobre a mesa, a fim de que o outro operador possa pegá-la e encaixá-la na caixa de lápis de cor, dando continuidade a atividade.		

				
	Foto do operador sentado frente à mesa de trabalho.		O trabalhador utiliza barra da mesa para apoio dos pés e auréola da cadeira.	A cadeira utilizada no posto tem regulagem.
	Foto do operador sentado frente à mesa de trabalho.			
	Pega a placa de papelão para destacar mais moldes.	Inclina-se e pega algumas placas com os moldes de papelão dentro de uma caixa.		Quando se cansa da mesma postura ou quando termina o material sobre a mesa, o trabalhador levanta-se e faz outras atividades que são possíveis, como pegar material, destacar os moldes de papelão e ir até o descarte.

	Leva os papelões para uma mesa.	Leva as placas de papelões até uma mesa ao lado para destacar os moldes.		
	Coloca os papelões sobre a mesa.	Dispõe as placas de papelões sobre a mesa.		
	Destaca os papelões.	Destaca os moldes de papelão. Retira os papelões aos poucos.		

	<p>Leva os moldes de papelão destacados para a mesa.</p>	<p>Junta os moldes de papelão e os leva até a mesa, onde serão montados com os apontadores.</p>		
	<p>Coloca sobre a mesa.</p>	<p>Coloca moldes de papelão sobre a mesa de montagem.</p>		
	<p>Pega a placa de papelão.</p>	<p>Após a retirada dos moldes de papelão da placa, pega o restante para descarte.</p>		
	<p>Leva o restante da placa para descarte.</p>	<p>Leva o restante da placa para descarte, passando entre as mesas e dirigindo-se até o carrinho de descarte.</p>		
	<p>Leva para descarte do outro lado.</p>	<p>O operador leva o restante da placa para descarte do outro lado do posto de trabalho, a aproximadamente, 150m.</p>		
	<p>Descarte do resto da placa.</p>	<p>Coloca o restante da placa dentro de um carrinho de descarte.</p>		

## APÊNDICE L – Posto de afastamento do caso M

### Ficha de Descrição da Tarefa

Setor de afastamento: Bobinados

Atividade: Embutição

FOTO	O que?	Como?	Obs. do analista	Obs. do operador
	Coloca o cabo dos fios no calibrador.	Encaixa o cabo dos fios no calibrador.		
	Encaixa o calibrador no dispositivo.	Encaixa o calibrador ao lado do estator, no dispositivo.		
	Embuta os fios brancos.	Manualmente separa os fios brancos e, com uma espátula de nylon, os embute entre os fios de cobre do estator (entre as duas bobinas de fios).		Disse que sente dores no cotovelo direito e, às vezes, na mão e pontas dos dedos também. Acorda com as mãos e dedos formigando.
	Embuta os fios.	Abre os fios de cobre com a espátula e introduz os fios brancos.	As vezes bate com a espátula entre as bobinas para encaixar os fios brancos.	Reveza esta atividade a cada 1 hora com outras duas atividades, mas esta atividade é a que causa mais dor. Faz 10 minutos de café da manhã e 1 hora de almoço. "Quando não tem um operador que conhece a operação, revezo menos."
				A maioria das pessoas que fazem esta atividade tem problemas nos braços, ombros.  "Também sinto muita dor na cervical".
	Ajusta os fios de cobre.	Com a espátula e com as mãos ajusta os fios de cobre do estator.		Se não ajustar os fios, estes podem se enroscar na prensa. O ajuste com as mãos exige força.
	Retira o calibrador.	Retira o calibrador e a linha se move, levando o estator para frente enquanto se aproxima outro estator para ser ajustador.		Existem vários tamanhos de estatores, além disso, com fios de cobre ou de alumínio. O fio de cobre é mais duro que o de alumínio. Este é o estator RG e existem outros.
	Foto dos operadores fazendo a atividade de embutição.			Usam uma luva a fim de proteger as mãos, já que o estator vem quente do forno.
	Foto dos operadores sentados.			Algumas cadeira não tem ajuste e não tem apoio para a coluna. Apoio para os pés não é bom. "Ainda bem que revezo com outras atividades e posso também ficar em pé."

## APÊNDICE M – Posto de reinserção 1 do caso M

### Ficha de Descrição da Tarefa

Posto de reinserção: Compela

Atividade: Montagem manual do PTC da compela

FOTO	O que?	Como?	Obs. do analista	Obs. do operador
	Inicia a atividade colocando uma pastilha e terminais.	Encaixa uma pastilha no centro da mesa e os terminais dos lados.		Quando tem dois operadores na linha, produzem aproximadamente 3.500 peças. Quando apenas uma operadora tem que dar conta dos dois lados da linha, então, produz em torno de 2000 peças.
	Foto da pastilha e terminais encaixados na mesa.			
	Encaixa "corpo" sobre pastilha e terminais.	Pega o "corpo" de plástico e o encaixa sobre a pastilha e os terminais. Retira e coloca na calha. Da calha vai para o outro lado da linha, onde sofre outro processo.		
	Montagem do PTC.		O braço tem um apoio e os pés ficam sobre a aureola embaixo da cadeira.	Faz esta atividade durante toda a jornada. Quando precisa ajuda outra trabalhadora do outro lado da linha. Tem dia que faz o outro lado da linha, revezando as atividades.
	Continua esta atividade durante a jornada de trabalho.			Faz 2 paradas durante a jornada para alongamento (ginástica laboral): 7:30 e 9:30. Faz 1 hora de almoço.
	Levanta-se e vai até o outro lado da linha demonstrar a outra atividade que também realiza em outros dias, revezando com outra operadora.			
	Prepara o posto para iniciar atividade.	Junta as peças e senta-se para iniciar atividade.		
	Pega os terminais.	Pega terminais e coloca junto com as peças.		
	Encaixa terminal.	Pega o terminal e encaixa na peça.		

	Coloca tampa.	Depois do encaixe do terminal, encaixa a tampa no "corpo".		
	Coloca a peça fechada na prensa.	Coloca a peça na prensa e puxa a alavanca. Depois coloca peça na linha que a leva para outro posto.		<p>Não é necessário aplicar força, a alavanca da prensa é muito leve.</p> <p>"O movimento é leve, mas repetitivo. As vezes, se precisa fico o dia todo, mas dói um pouco."</p> <p>"Mas o revezamento é grande."</p>
	Continua a atividade encaixando os terminais, tampa e utilizando a prensa.		Senta-se e estende as pernas, apoiando os pés à frente.	Senta-se sobre papelão dobrado, diz que utiliza-se desta estratégia, pois a cadeira está sem regulagem de altura (quebrada).

## APÊNDICE N – Posto de reinserção 2 do caso M

### Ficha de Descrição da Tarefa

Posto de reinserção: Montagem

Atividade: Colocar *kit* na linha

FOTO	O que?	Como?	Obs. do analista	Obs. do operador
	Pega <i>kit</i> no <i>palet</i> .	Inclina-se e pega o <i>kit</i> que está sobre o <i>palet</i> .	Cada vez que as peças vão ficando para no fundo da bandeja, a operadora inclina-se mais para alcançá-las.	Os kits pesam entre 300 e 500 gramas.
	Pega o <i>kit</i> sobre o <i>palet</i> .	Após pegar os kits, um em cada mão, levanta-se para ir até a linha.		
	Pega o <i>kit</i> sobre o <i>palet</i> novamente.	Novamente vai até o <i>palet</i> e pega mais dois kits.		“Pegar essas peças o dia inteiro, as torna pesadas.” “Além disso, o agachar e levantar o tempo todo para pegar as peças cansa e dói coluna.”
	Pega o <i>kit</i> sobre o <i>palet</i> novamente.	Leva os kits até a linha e os coloca sobre uma mesa, em frente à linha.	Pega vários kits antes de encaixá-los nos carrinho.	
	Testa o <i>kit</i> .	Pega um <i>kit</i> , de cada vez, e gira uma parte para verificar se está livre, antes de colocar sobre o carrinho da linha.	Tem que esperar o carrinho chegar para encaixar as peças. Enquanto espera alguns carrinhos chegarem, volta a buscar mais kits no <i>palet</i> .	Se a peça não estiver girando livremente, vai para retrabalho. “Às vezes, o braço também dói com os movimentos de pegar o <i>kit</i> e encaixá-lo no carrinho.”
	Coloca no carrinho.	Após o teste, encaixa o <i>kit</i> sobre o carrinho da linha.		Em alguns dias faz esta atividade em parte do turno e depois é direcionada para outro. Em outros dias fica o turno todo realizando esta atividade, dependerá da demanda. “Na linha tem horários de pausa para almoço e para ir ao banheiro (10 minutos)” 8:00h pausa para o banheiro, 10:30 até 11:30h almoço e 14:00h banheiro. Levo água, mas na linha também tem bebedouro próximo. Neste posto não tem ginástica laboral.

## APÊNDICE O – Posto de reinserção 3 do caso M

### Ficha de Descrição da Tarefa

Posto de reinserção: Montagem

Atividade: Inserir estator na linha

FOTO	O que?	Como?	Obs. do analista	Obs. do operador
	Pega o <u>estator</u> .	Pega o <u>estator</u> sobre o <u>palet</u> .	A operadora fica entre o <u>palet</u> e a linha.	
	Pega o <u>estator</u> .	Com a mão direita pega um <u>estator</u> e coloca o sobre a linha; com a outra mão pega outro <u>estator</u> e coloca sobre a linha também.		
	Pega o <u>estator</u> .	Pega mais um <u>estator</u> e o coloca sobre a linha.	Vira o corpo em bloco para pegar e para colocar o <u>estator</u> sobre a linha, na maioria das vezes, porém em alguns momentos rota a coluna.	Cada <u>estator</u> pesa em torno de 500g.
	Encaixa o fio do <u>estator</u> .	Segura o fio do <u>estator</u> e o encaixa na linha.	Faz o encaixe dos fios dos 3 <u>estatores</u> que colocou na linha.	
	Pega placas.	Pega pequenas placas na caixa, em frente à linha e coloca-as ao lado do <u>estator</u> .	Coloca as 3 placas, uma atrás de cada <u>estator</u> .	
	Coloca os parafusos.	Encaixa os parafusos para prender as placas junto ao <u>estator</u> . Utiliza as duas mãos, encaixa um parafuso com cada mão.	Coloca 2 parafusos em cada placa.	
	A operadora aperta botão ao lado.	Com a mão esquerda a operadora aperta botão para liberar a peça, que passará pela outra operadora.		
		Realiza a mesma atividade durante 1 hora, até revezar com a outra operadora da linha.		
	A cada hora, reveza a atividade com a outra operadora. Do outro lado da linha, a outra operadora pega parafusos e arruelas.	Pega os parafusos e arruelas na caixa, em frente à linha de <u>estatores</u> .		Deste lado da linha é possível sentar-se.

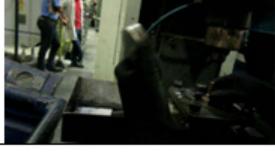
	Encaixa os parafusos e arruelas.	Encaixa nos estatores sobre a linha, os parafusos e arruelas.		
	Aperta botão.	Com a mão direita aperta botão da linha que dá andamento à esteira com os estatores.		Não tem determinação do número de peças que deve ser produzida por hora.
	Desse lado da linha, a operadora deve abastecer.	A operadora pega um saco com parafusos e abastece os dois lados da linha.		Quando são escaladas para esta atividade, ficam durante toda a jornada nesta atividade. O operador nunca sabe o que vai fazer no dia seguinte, devido à rotatividade entre os postos.

## APÊNDICE P – Posto de afastamento 1 do caso A

### Ficha de Descrição da Tarefa

Posto de afastamento: Estamparia

Atividade: Colocar parafuso na tampa do RG

FOTO	O que?	Como?	Observação analista	Observação Operador
 	Pega a tampa do RG.	Pega a tampa no saco plástico.		A atividade com a tampa do RG inicia-se ao colocar o tubo na tampa.
	Foto da tampa e do tubo que será soldado a ela.			
	Coloca o tubo na máquina.	Pega o tubo na caixa ao lado e o coloca sobre a máquina.		
	Coloca a tampa RG sobre o tubo.	Pega a tampa no saco plástico e coloca sobre o tubo.		
	Aciona a máquina.	Aperta o botão da máquina que desce sobre a tampa e o tubo e faz a soldagem.		

				
	Retira a tampa da máquina.	Retira a tampa da máquina, com o tubo soldado, e a coloca na esteira ao lado.		
	Ao finalizar a etapa de soldagem do tubo à tampa, vai até outra máquina e solda o parafuso, ao lado do tubo.	Solda o parafuso na máquina.		Alguns trabalhadores fazem as duas atividades, revezando a cada 1000 peças ou cada trabalhador faz apenas uma atividade durante a jornada, ou seja, <u>um solda</u> o tubo à tampa e outro coloca o parafuso na tampa durante a jornada.

				“A Adriana, trabalhadora que se afastou deste posto, fazia a segunda etapa, de colocar o parafuso na tampa.”
	Coloca a tampa.	Coloca a tampa sobre o parafuso.		A pausa para estas atividades é de 5 minutos a cada 1000 peças. Produzem em torno de 600 peças por hora.
 	Aciona a máquina.	Aciona a máquina apertando dois botões, simultaneamente, para a soldagem.		“A atenção nesta atividade é muito grande, pois se eu <u>precisar de conversar</u> , preciso parar a atividade.”
	Coloca tampa com parafuso na <u>gancheira</u> .	Pega a tampa com o parafuso soldado com a mão direita e a coloca sobre a <u>gancheira</u> , que se encontra ao lado da máquina.	O trabalhador faz rotação da coluna, ao pegar peça, colocar para soldagem do parafuso e ao retirá-la da máquina para colocar na <u>gancheira</u> .	A peça é levada pela <u>gancheira</u> para lavagem. “Esse movimento de pegar a peça, soldar e depois colocar na <u>gancheira</u> , dói o cotovelo.” “No final do turno as pernas estão queimando.”

	Foto da plataforma que operador sobe para realizar a atividade de colocar parafuso na tampa R.G.	Plataforma tem, em torno de 25 cm de altura.		A plataforma foi colocada em frente à máquina para aumentar a altura em relação a máquina e a <u>gancheira</u> .
-----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## APÊNDICE Q – Posto de afastamento 2 do caso A

### Ficha de Descrição da Tarefa

Posto de reinserção: Estampaia

Atividade: Mexer tubo

FOTO	O que?	Como?	Observação analista	Observação Operador
	A operadora pega a peça da esteira.	Pega a peça que vem da soldagem de tubos para seu posto.		Ao chegar ao trabalho, a primeira coisa que fazem é testar a resistência e vazamento da peça. Estando tudo bem, começam a trabalhar, mas a cada hora testam vazamento. Quando a linha troca modelo de peça ou eletrodo, fazem teste de resistência e vazamento novamente.
	Mexe os tubos.	Inicialmente coloca a peça no encaixe da mesa e utiliza dois calibradores para mexer os dois tubos da peça (direito e esquerdo).		Utiliza os dois calibradores no início da atividade, até o outro trabalhador terminar os testes de resistência e vazamento. Depois, cada um utiliza um calibrador e faz a atividade de mexer tubo juntos.
	Mexe os tubos.	Introduz primeiro o calibrador do lado esquerdo e mexe o tubo para frente e para trás.		O processo apresenta 4 postos de trabalho que revezam a cada 2 horas. Dois trabalhadores vão para a solda do tubo e dois vão mexer tubo. "Revezar as atividades é bom, pois muda os movimentos e não fica
				fazendo a mesma coisa o dia inteiro".
	Mexe o tubo.	Segura a peça com a mão esquerda e introduz o calibrador do lado direito e empurra para frente e para trás.	Trabalhadora fica com os pés pendurados, pois a cadeira é alta para ela e no posto não tem apoio.	Trabalhadora explicou que a empresa já fez treinamento sobre postura e avisou aos trabalhadores que estão trocando as cadeiras, aos poucos, e que acredita que isso poderá beneficiá-la, já que a cadeira do seu posto não tem regulagem de altura.
	Coloca a peça na gancheira.	Retira a peça do encaixe da mesa e coloca na gancheira.		

	Pega a peça na esteira.	Pega a peça que chega à sua frente na esteira.		"Muitas vezes, preciso inclinar muito para pegar a peça, que chega."
	Entrega um calibrador para o outro operador.	Após a verificação, outro operador chega ao posto e pega um dos calibradores para continuar a atividade de mexer o tubo.		
	O operador mexe o tubo da peça.	Cada operador com um calibrador mexe o tudo da peça. Um dos operadores, segura a peça com a mão esquerda e utiliza a mão direita para mexer o tubo para frente e para trás.		
	Passa a peça para o outro operador.	O operador passa a peça para o outro operador.		
	Outro operador mexe o tubo.	Operador segura a peça com mão direita e mexe o tubo com mão esquerda.		"Quando canso de ficar sentada, fico em pé. Empurro a cadeira."
	Coloca peça na gancheira.	Operadora retira peça da mesa e coloca na gancheira.		Por dia faz aproximadamente 3.000 tampas.

## APÊNDICE R – Posto de reinserção 1 do caso A

### Ficha de Descrição da Tarefa

Posto de reinserção: Estamparia

Atividade: Colocar pino na carcaça

FOTO	O que?	Como?	Observação analista	Observação Operador
	A carcaça chega ao operador pela esteira.	O operador pega a carcaça, que chega até ele pela esteira rolante.	Os operadores fazem esta atividade em dupla, um coloca a carcaça para soldar e outro coloca os pinos. <u>ambos</u> realizam esta atividade sentados.	Neste caso, Adriana não faz o revezamento, como nos outros postos, por causa da dor no braço. “A carcaça é mais pesada e não tenho força na mão para segurá-la.”
	Coloca a carcaça sobre quatro eletrodos.	Manualmente, coloca a carcaça sobre os quatro eletrodos para soldar. Previamente, outro operador coloca quatro pinos sobre estes quatro eletrodos.		
	Aperta dois botões.	Aperta dois botões, um com cada mão, para que desça a parte superior da máquina, responsável pela soldagem dos pinos à carcaça.		
	Outro operador coloca quatro eletrodos.	Outro operador da linha coloca quatro pinos sobre os eletrodos. Coloca dois e, em seguida, mais dois.	Segura os quatro pinos nas mãos, dois em cada mão e os coloca sobre os eletrodos.	
	Coloca quatro pinos.	O operador coloca quatro pinos sobre os eletrodos.		Produz por hora em torno de 480 a 500 peças por dia, no entanto, segundo Adriana, atualmente, não fica o dia todo na mesma atividade. Fica, aproximadamente, 4 horas na jornada de trabalho.
	Pega quatro pinos.	Pega quatro pinos dentro da caixa que fica à sua frente.		
 	Coloca novamente os pinos sobre os eletrodos.	Coloca dois pinos nos eletrodos mais distantes e, em seguida, dois pinos nos eletrodos mais próximos.		O operador explicou que a máquina tem um sensor (barra de segurança), quando aproxima sua mão ela sobe, portanto, não há perigo de baixar sobre suas mãos quando vai colocar os pinos, mesmo que o outro operador aperte os botões. No entanto, disse que deve atentar-se para não colocar a mão, quando o outro operador vai colocar a carcaça, senão pode se machucar.
	Pega novamente mais pinos.	Pega mais quatro pinos que serão colocados nos eletrodos.		Coloca os pinos sobre os eletrodos a cada 2 segundos.

	Ao lado da máquina, pega mais pinos.	Dentro da caixa, que encontra-se no chão, ao lado da máquina, inclina-se lateralmente e pega um pote com pinos para abastecer a caixa, que fica à sua frente.		O operador colocou a caixa perto da máquina, pois esta é muito pesada. Adriana explicou que não pega esta caixa, pois é muito pesada.
	Coloca os pinos na caixa.	Despeja os pinos do pote na caixa à sua frente.		Os operadores explicaram que revezam de hora em hora com outras atividades da linha. No entanto, explicaram, que a Adriana, trabalhava o dia todo somente nesta atividade.
	Enquanto coloca os pinos, o outro operador coloca a carcaça do outro lado da esteira.	Um operador retira a carcaça da máquina, para colocar sobre a esteira, enquanto o outro coloca os pinos, novamente.		Os dois operadores que revezam esta atividade explicaram que estão sentindo o ombro queimar, quando estão colocando os pinos, devido ao tipo de movimento. O revezamento ajudou muito a diminuir a sensação de dor nos ombros.  As cadeiras estão quebradas, balançam, não tem regulagem de altura e faltam apoio para os pés e para as costas. “Perto da máquina não tem espaço para as pernas, então abro as pernas para me aproximar.” “Levanto estalando tudo e doendo, pois fico com as pernas abertas diante da
				máquina.” “Dá para perceber que quando pego uma cadeira melhor é diferente. Não dói tanto.”
	Foto dos operadores sentados e com os pés apoiados sobre a argola da cadeira.			Fazem pausa para o café, 10 minutos, e almoço, 1 hora.

## APÊNDICE S – Posto de reinserção 2 do caso A

### Ficha de Descrição da Tarefa

Posto de reinserção: Estamparia

Atividade: Embalagem de peças

FOTO	O que?	Como?	Observação analista	Observação Operador
	Pega as peças nas <u>gancheiras</u> .	Andando, acompanhando o movimento da linha com as <u>gancheiras</u> (em vários níveis – alturas diferentes) pega as peças.	Tem peças que estão em <u>gancheiras</u> acima do nível do ombro, outras que estão no nível do ombro e outras abaixo do nível do ombro, exigindo flexão da coluna.	Faz a embalagem das peças (carcaças) em <u>palets</u> (vários <u>palets</u> , um sobre o outro formam a <u>rack</u> ). Cada <u>rack</u> tem um modelo de peça. Coloca as etiquetas nos <u>palets</u> para depois ir para a montagem (é levado por outro operador com empilhadeira). Depois de cheio, a <u>rack</u> é substituído por outro vazio. As <u>racks</u> apresentam diferentes modelos de peças. “Tenho que entender e saber o que estou fazendo, por isso <u>tenho</u> que conhecer todos os modelos, senão não dá para ficar neste posto.” Adriana explicou que faz esta atividade 2 horas, em torno de 2 vezes na semana.
	Coloca peças na <u>gancheira</u> .	Vira-se em bloco e coloca as peças nos <u>palets</u> das <u>racks</u> .		As <u>racks</u> são constituídas por vários níveis de <u>palets</u> . A medida que vai preenchendo um <u>palet</u> desce uma grade e começa outro <u>palet</u> .
 	Pega as peças da <u>gancheira</u> .	Pega uma peça com a mão direita e a coloca na mão esquerda. Depois pega outra peça com a mão direita.	A operadora usa luvas para a proteção das mãos do calor e para não cortar.	As peças pesam em torno de 300 gramas. “Dói as costas, dói os braços, porque tem que começar de lá de baixo, na <u>rack</u> .”
 	Coloca as peças no <u>palet</u> da <u>rack</u> .	Vira-se e <u>coloca</u> as duas peças (uma de cada vez) sobre o <u>palet</u> .	Dependendo do nível do <u>palet</u> , tem que inclinar a coluna ou elevar os braços acima do nível do ombro.	Faz pausa para o café (10 minutos) e almoço (1 hora). Adriana explica que vai ao banheiro quando tem alguém para ficar no seu lugar.

	Coloca as peças no <i>pallet</i> da <i>rack</i> .	Ajusta as peças sobre o <i>pallet</i> , empurrando-as para ocupar todo o espaço disponível.	A operadora apresenta a face suada durante a atividade.	“Quando preciso falar com alguém tenho que sair do posto. Lá não fala, tem que gritar por causa do barulho.”
	Volta para pegar mais peças nas <i>gancheiras</i> .	Pega uma peça em um nível e segura com a mão esquerda e depois pega outra peças, em outro nível (acima no nível do ombro) e segura com a mão direita.		
	Coloca as peças na <i>rack</i> .	Vira-se e coloca as peças na <i>rack</i> .		“Para fechar a última e penúltima grades da <i>rack</i> é difícil. Além de ser alto (acima do ombro) é pesado. Para erguer, coloco um banco para subir e fazer.”
	Coloca as peças na <i>rack</i> .	Inclina-se para frente (flexão da coluna) para colocar as peças sobre a <i>rack</i> .		Isso acontece quando a <i>rack</i> está começando a ser preenchida.  “No início da <i>rack</i> , o <i>pallet</i> está muito baixo, portanto, tenho que agachar e, praticamente, entrar no

				<i>pallet</i> para empurrar as tampas para o fundo e ocupar o espaço disponível.”
	Pega peças da <i>gancheira</i> .	Pega três peças e coloca na mão esquerda e com a mão direita pega mais uma peça para colocar no <i>pallet</i> .	Operadora faz isso quando aumenta a demanda.	“Tem que ser muito rápida e conhecer os modelos”.
	Coloca peças no <i>pallet</i> .	Inclina-se e coloca as peças sobre o <i>pallet</i> , empurrando para ocupar todo o espaço disponível.		

	Vai até o outro lado da linha.	Atravessa a linha e também pega peças do outro lado.	Fica atenta aos dois lados da linha para não deixar passar peças sem a devida embalagem (dos modelos em seus respectivos <i>racks</i> ).	
  	Direciona-se para os <i>palets</i> .	Após pegar as peças do outro lado da linha volta para colocá-las sobre os <i>palets</i> .		

## ANEXO I – Aprovação do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO CARLOS/UFSCAR



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Análise da Atividade de Trabalho no Retorno do Trabalhador Afastado por LER/DORT.

**Pesquisador:** Elaine Cristina Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 49865215.3.0000.5504

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências Exatas e de Tecnologia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.384.518

#### **Apresentação do Projeto:**

Trata-se de projeto a ser desenvolvido junto ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da UFSCar que pretende discutir a reintegração de trabalhadores afastados por LER/DORT.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

**Do projeto:** "Objetivo Primário:

Contribuir para o avanço do conhecimento na proposição de um modelo para a melhoria no processo de retorno ao trabalho do trabalhador acometido por LER/DORT, utilizando-se a análise da atividade de trabalho.

**Objetivo Secundário:**

Sistematizar as ações do INSS, no retorno dos trabalhadores afastados por LER/DORT; Práticas utilizadas no programa de reabilitação profissional por gerência do INSS e intermediação entre a empresa e o INSS neste processo; Estudo dos procedimentos adotados pela empresa na avaliação da relação entre a função original e a nova função da pessoa que retorna o trabalho."

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

OS pesquisadores mencionam risco de constrangimento e de identificação do participantes, mas

## ANEXO II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome da pesquisa: Análise da Atividade de Trabalho no Retorno do Trabalhador afastado por LER/DORT.

Responsável: Elaine Cristina Silva

**Informações aos trabalhadores:** Os trabalhadores que participarem das atividades propostas para a coleta de dados terão suas respostas estudadas para colaborar no estudo de melhorias no processo de retorno ao trabalho dos trabalhadores, utilizando-se a análise da atividade de trabalho. Este estudo é muito importante para que possamos conhecer quais as atividades precisam de maior atenção na intervenção ergonômica e de como realizar modificações efetivas (mudanças ambientais, de equipamentos, sistema de produção, etc.).

Vale ressaltar que essa pesquisa não oferece nenhum risco ao participante, uma vez que não há procedimentos invasivos e sua identidade será mantida em sigilo.

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, estou ciente que faço parte da pesquisa. Contribuirei com dados ao responder uma entrevista, ao ter minhas atividades registradas em filmagem e fotos e ao participar de discussões sobre minhas atividades de trabalho.

Declaro estar ciente:

- a) Do objetivo do projeto;
- b) Da segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial das informações que prestarei;
- c) De ter liberdade de recusar participar da pesquisa;
- d) De que não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.
- e) De receber uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

Endereço: Rodovia Washington Luis, km 235, Departamento de Engenharia de  
Produção/PPGEP – São Carlos/SP - Cel: 16-981236737

## ANEXO III – ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO (ICT)

INSTITUTO FINLANDÊS DE SAÚDE OCUPACIONAL

### Questionário Índice de Capacidade para o Trabalho

De acordo com a legislação finlandesa (o segundo parágrafo do Finnish Occupational Health Care Act), os empregadores são solicitados a promover e manter a capacidade de trabalho de seus empregados em geral, e também fornecer atenção à saúde, acompanhamento e reabilitação para trabalhadores com patologias ou saúde precária. O questionário abaixo é usado para este propósito. A folha de informação que acompanha este questionário explica por que você foi solicitado a preenchê-lo e os propósitos para os quais as informações fornecidas serão usadas (promover boa saúde, em geral, e reunir informações sobre doença ou saúde precária para ajudar o acompanhamento, o tratamento ou a reabilitação).

Por favor, neste questionário, dê sua opinião a respeito de sua capacidade de trabalho, bem como os fatores que a afetam. Ao usar suas respostas, os profissionais de Saúde Ocupacional colaborarão com você na determinação tanto da necessidade de ações de apoio

quanto de qualquer necessidade de melhoria de suas condições de trabalho.

Suas respostas estarão guardadas na unidade de Saúde Ocupacional. Elas serão usadas pela equipe da unidade na promoção de seu bem-estar em seu local de trabalho.

Por favor, preencha o questionário cuidadosamente, respondendo todas as questões com um círculo em torno da alternativa que melhor reflete sua opinião ou escrevendo sua resposta no local apropriado.

Este questionário foi elaborado pelo Instituto de Saúde Ocupacional da Finlândia, Helsinki, traduzido e adaptado por pesquisadores das seguintes instituições: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; Departamento de Saúde Ambiental; Universidade Federal de São Carlos; Departamento de Enfermagem; Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP; Departamento de Medicina Preventiva e Social.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### DADOS GERAIS

##### Sexo

Feminino ..... 1

Masculino ..... 2

Idade \_\_\_\_ anos

##### Estado conjugal atual

Solteiro(a) ..... 1

Casado(a) ..... 2

Vive com companheiro(a) ..... 3

Separado(a)/divorciado(a) ..... 4

Viúvo(a) ..... 5

##### Escolaridade — Assinalar o nível mais elevado

Ensino fundamental incompleto (não terminou a 8ª série) ..... 1

Ensino fundamental completo (terminou a 8ª série) .....	2
Curso técnico de primeiro grau completo .....	3
Ensino médio incompleto (não terminou o 3º colegial) .....	4
Ensino médio completo (terminou o 3º colegial) .....	5
Curso técnico de segundo grau completo .....	6
Faculdade incompleta .....	7
Faculdade completa .....	8
Pós-graduação incompleta/completa .....	9

Com que idade começou a trabalhar?

---

Qual a sua principal ocupação atual?

---

Descreva as principais tarefas que você faz no trabalho:

---



---

Há quanto tempo trabalha na atual empresa?

---

É funcionário terceirizado?

Sim  Não

É funcionário com registro em carteira de trabalho?

Sim  Não

Recebe adicional de insalubridade ou de penosidade?

Sim  Não

Trabalha durante a noite (em turnos alternantes ou sempre durante a noite)?

Sim  Não

As exigências de seu trabalho são principalmente:

Mentais .....	1
Físicas .....	2
Ambas, mentais e físicas .....	3

## ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO

Suponha que sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos.

Assinale com X um número na escala de zero a dez, que designe quantos pontos você daria para sua capacidade de trabalho atual:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Estou incapaz para o trabalho								Estou em minha melhor capacidade para o trabalho		

- Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas do mesmo? (Por exemplo, fazer esforço físico com partes do corpo.)

Muito boa .....	5
Boa .....	4
Moderada .....	3
Baixa .....	2
Muito baixa .....	1

• Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências mentais de seu trabalho? (Por exemplo, interpretar fatos, resolver problemas, decidir a melhor forma de fazer)

Muito boa .....	5
Boa .....	4
Moderada .....	3
Baixa .....	2
Muito baixa .....	1

Em sua opinião, quais das lesões por acidentes ou doenças citadas abaixo você possui atualmente. Marque também aquelas que foram confirmadas pelo médico.

	Em minha opinião	Diagnóstico médico
1 lesão nas costas .....	2	1
2 lesão nos braços/mãos .....	2	1
3 lesão nas pernas/pés .....	2	1
4 lesão em outras partes do corpo .....	2	1

Onde? Que tipo de lesão?

	Em minha opinião	Diagnóstico médico
5 doença da parte superior das costas ou região do pescoço, com dores frequentes .....	2	1
6 doença da parte inferior das costas com dores frequentes .....	2	1
7 dor nas costas que se irradia para a perna (ciática) .....	2	1
8 doença músculo-esquelética que afeta membros (braços e pernas) com dores frequentes .....	2	1
9 artrite reumatóide .....	2	1
10 outra doença músculo-esquelética .....	2	1

Qual?

11 hipertensão arterial (pressão alta) .....	2	1
12 doença coronariana, dor no peito .....	2	1
durante exercício (angina pectoris) .....	2	1
13 infarto do miocárdio, trombose coronariana .....	2	1
14 insuficiência cardíaca .....	2	1
15 outra doença cardiovascular .....	2	1

Qual?

16 infecções repetidas do trato respiratório (inclusive amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda) .....	2	1
17 bronquite crônica .....	2	1
18 sinusite crônica .....	2	1
19 asma .....	2	1
20 enfisema .....	2	1
21 tuberculose pulmonar .....	2	1
22 outra doença respiratória .....	2	1

Qual?

23 distúrbio emocional severo (depressão severa) .....	2	1
24 distúrbio emocional leve (depressão leve, tensão, ansiedade, insônia) .....	2	1

	Em minha opinião	Diagnóstico médico
25 problema ou diminuição da audição .....	2 .....	1
26 doença ou lesão da visão (não assinala se apenas usa óculos e/ou lentes de contato de grau) .....	2 .....	1
27 doença neurológica (acidente vascular cerebral ou "derrame", neuralgia, enxaqueca, epilepsia) .....	2 .....	1
28 outra doença neurológica ou dos órgãos dos sentidos .....	2 .....	1

Qual?

---

29 pedras ou doença da vesícula biliar .....	2 .....	1
30 doença do pâncreas ou do fígado .....	2 .....	1
31 úlcera gástrica ou duodenal .....	2 .....	1
32 gastrite ou irritação duodenal .....	2 .....	1
33 colite ou irritação do cólon .....	2 .....	1
34 outra doença digestiva .....	2 .....	1

Qual?

---

35 infecção das vias urinárias .....	2 .....	1
36 doença dos rins .....	2 .....	1
37 doença nos genitais e aparelho reprodutor (problema nas trompas ou na próstata) .....	2 .....	1
38 outra doença geniturinária .....	2 .....	1

Qual?

---

39 alergia, eczema .....	2 .....	1
40 outra erupção .....	2 .....	1

Qual?

---

41 outra doença de pele .....	2 .....	1
-------------------------------	---------	---

Qual?

---

	Em minha opinião	Diagnóstico médico
42 tumor benigno .....	2	1
43 tumor maligno (câncer) .....	2	1

Onde?

---

44 obesidade .....	2	1
45 diabetes .....	2	1
46 bócio ou outra doença da tireóide .....	2	1
47 outra doença endócrina ou metabólica .....	2	1

Qual?

---

48 anemia .....	2	1
49 outra doença do sangue .....	2	1

Qual?

---

50 defeito de nascimento .....	2	1
--------------------------------	---	---

Qual:

---

51 outro problema ou doença .....	2	1
-----------------------------------	---	---

Qual?

---

Sua lesão ou doença é um impedimento para seu trabalho atual? (Você pode marcar mais de uma resposta nesta pergunta.)

Não há impedimento/Eu não tenho doenças .....	6
Eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas ele me causa alguns sintomas .....	5
Algumas vezes preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho .....	4

Freqüentemente preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho .....	3
Por causa de minha doença sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial .....	2
Em minha opinião estou totalmente incapacitado para trabalhar .....	1

Quantos dias inteiros você esteve fora do trabalho por causa de problemas de saúde, consulta médica ou para fazer exame durante os últimos 12 meses?

Nenhum .....	5
Até 9 dias .....	4
De 10 a 24 dias .....	3
De 25 a 99 dias .....	2
De 100 a 365 dias .....	1

Considerando sua saúde, você acha que será capaz de, daqui a 2 anos, fazer seu trabalho atual?

é improvável .....	1
não estou muito certo .....	4
bastante provável .....	7

Recentemente você tem conseguido apreciar suas atividades diárias?

Sempre .....	4
Quase sempre .....	3
Às vezes .....	2
Raramente .....	1
Nunca .....	0

Recentemente você tem se sentido ativo e alerta?

Sempre .....	4
Quase sempre .....	3
Às vezes .....	2
Raramente .....	1
Nunca .....	0

Recentemente você tem se sentido cheio de esperança para o futuro?

Continuamente .....	4
Quase sempre .....	3
Às vezes .....	2

Raramente ..... 1  
Nunca ..... 0

Consentimento informado (promoção e manutenção da capacidade para o trabalho em geral).  
Você consente que um resumo desses dados e do escore de sua capacidade para o trabalho sejam  
incluídos em seu prontuário de saúde?

Sim

Não

Assinatura \_\_\_\_\_

## ANEXO IV – SF-36

## SF-36 PESQUISA EM SAÚDE

SCORE : \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
 Sexo: \_\_\_\_\_ Prof. \_\_\_\_\_ Grau Inst. \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_  
 End: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
 Patologia \_\_\_\_\_

**Instruções:** Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado.

1. Em geral, você diria que sua saúde é: (circule uma)
- Excelente ..... 1
  - Muito boa ..... 2
  - Boa ..... 3
  - Ruim ..... 4
  - Muito ruim ..... 5

2. Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora? (circule uma)

- Muito melhor agora do que há um ano atrás ..... 1
- Um pouco melhor agora do que há um ano atrás ..... 2
- Quase a mesma de um ano atrás ..... 3
- Um pouco pior agora do que há um ano atrás ..... 4
- Muito pior agora do que há um ano atrás ..... 5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido a sua saúde**, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto? (circule um número em cada linha)

<b>Atividades</b>	<b>Sim. Dificulta muito</b>	<b>Sim. Dificulta um pouco</b>	<b>Não. Não dificulta de modo algum</b>
a. <b>Atividades vigorosas</b> , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos	1	2	3
b. <b>Atividades moderadas</b> , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1	2	3
c. Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d. Subir <b>vários</b> lances de escada	1	2	3
e. Subir <b>um lance</b> de escada	1	2	3
f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g. Andar <b>mais de 1 quilômetro</b>	1	2	3
h. Andar <b>vários</b> quarteirões	1	2	3
i. Andar <b>um</b> quarteirão	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência de sua saúde física?** (circule uma em cada linha)

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
a) Você diminuiu a <b>quantidade de tempo</b> que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou <b>menos tarefas do</b> que você gostaria?	1	2
c) Esteve <b>limitado no</b> seu tipo trabalho ou em outras atividades?	1	2
d) Teve <b>dificuldade</b> de fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex: necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)? (circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a) Você diminuiu a <b>quantidade de tempo</b> que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou <b>menos tarefas</b> do que você gostaria?	1	2
c) Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto <b>cuidado</b> como geralmente faz?	1	2

6. Durante as **últimas 4 semanas**, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo? (circule uma)

- De forma nenhuma ..... 1
- Ligeiramente ..... 2
- Moderadamente ..... 3
- Bastante ..... 4
- Extremamente ..... 5

7. Quanta dor **no corpo** você teve durante as **últimas 4 semanas**? (circule uma)

- Nenhuma ..... 1
- Muito leve ..... 2
- Leve ..... 3
- Moderada ..... 4
- Grave ..... 5
- Muito grave ..... 6

8. Durante as **últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)?

(circule uma)

- De maneira alguma ..... 1
- Um pouco ..... 2
  
- Moderadamente ..... 3
- Bastante ..... 4
- Extremamente ..... 5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as **últimas 4 semanas**. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação **as últimas 4 semanas**. (circule um número para cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6

f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas **4 semanas**, quanto do seu tempo a sua **saúde física ou problemas emocionais** interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)? (circule uma)

- Todo o tempo ..... 1
- A maior parte do tempo ..... 2
- Alguma parte do tempo ..... 3
- Um pequena parte do tempo ..... 4
- Nenhuma parte do tempo ..... 5

11. O quanto **verdadeiro** ou **falso** é cada uma das afirmações para você?  
(circule um número em cada linha)

	<b>Definitivamente verdadeiro</b>	<b>A maioria das vezes verdadeiro</b>	<b>Não sei</b>	<b>A maioria das vezes falso</b>	<b>Definitivamente falso</b>
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

## ANEXO V – HAQ

### AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE - HAQ

Nome \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Nesta seção gostaríamos de saber como a sua doença afeta a sua capacidade de realizar suas atividades do dia-a-dia. Sinta-se à vontade para acrescentar qualquer comentário na parte de trás desta página.

Por favor, marque com um X a resposta que melhor descreve sua capacidade em realizar as atividades do dia-a-dia NA SEMANA QUE PASSOU:

	<u>Sem NENHUMA dificuldade</u>	<u>Com ALGUMA dificuldade</u>	<u>Com MUITA dificuldade</u>	<u>INCAPAZ de fazer</u>
<b>VESTIR-SE E ARRUMAR-SE</b>				
Você foi capaz de:				
- Vestir-se inclusive amarrar o cadarço do sapato e abotoar a roupa?	_____	_____	_____	_____
- Lavar seu cabelo?	_____	_____	_____	_____
<b>LEVANTAR-SE</b>				
Você foi capaz de:				
- Levantar-se de uma cadeira sem se apoiar ?	_____	_____	_____	_____
- Deitar-se e levantar-se da cama?	_____	_____	_____	_____
<b>COMER</b>				
Você foi capaz de:				
- Cortar um pedaço de carne?	_____	_____	_____	_____
- Levar uma xícara ou copo cheio até sua boca?	_____	_____	_____	_____
- Abrir uma caixa de leite nova?	_____	_____	_____	_____
<b>ANDAR</b>				
Você foi capaz de:				
- Andar fora de casa em lugar plano?	_____	_____	_____	_____
- Subir cinco degraus?	_____	_____	_____	_____

Por favor, marque com um X os tipos de APOIOS OU APARELHOS que você geralmente usa para qualquer uma das atividades acima:

- |                        |                                                                                                        |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| _____ Bengala          | _____ Aparelhos usados para se vestir (abotoador, gancho para puxar o zíper, calçadeira comprida, etc) |
| _____ Andador          | _____ Utensílios de cozinha especiais ou feitos sob medida                                             |
| _____ Muletas          | _____ Cadeiras especiais ou feitas sob medida                                                          |
| _____ Cadeira de rodas | _____ Outro (descreva: _____)                                                                          |

Por favor, marque com um X a resposta que melhor descreve sua capacidade em realizar as atividades do dia-a-dia NA SEMANA QUE PASSOU:

**HIGIENE**

Você foi capaz de:

	Sem NENHUMA dificuldade	Com ALGUMA dificuldade	Com MUITA dificuldade	INCAPAZ de fazer
- Lavar e secar seu corpo?	_____	_____	_____	_____
- Tomar um banho de banheira / chuveiro?	_____	_____	_____	_____
- Sentar e levantar-se de um vaso sanitário?	_____	_____	_____	_____

**ALCANÇAR OBJETOS**

Você foi capaz de:

- Alcançar e pegar um objeto de cerca de 2 quilos (por exemplo, um saco de batatas) colocado acima da sua cabeça?	_____	_____	_____	_____
- Curvar-se ou agachar-se para pegar roupas no chão?	_____	_____	_____	_____

**PEGAR**

Você foi capaz de:

- Abrir as portas de um carro?	_____	_____	_____	_____
- Abrir potes que já tenham sido abertos?	_____	_____	_____	_____
- Abrir e fechar torneiras?	_____	_____	_____	_____

**ATIVIDADES**

Você foi capaz de:

- Ir ao banco e fazer compras?	_____	_____	_____	_____
- Entrar e sair de um carro?	_____	_____	_____	_____
- Fazer tarefas de casa (por exemplo, varrer e trabalhar no jardim?)	_____	_____	_____	_____

Por favor, marque com um X os tipos de APOIOS OU APARELHOS que você geralmente usa para qualquer uma das atividades acima:

_____ Vaso sanitário mais alto	_____ Barra de apoio na banheira / no chuveiro
_____ Banco para tomar banho	_____ Aparelho com cabo longo para alcançar objetos
_____ Abridor de potes (para potes abertos)	_____ Objetos com cabo longo para o banheiro (por exemplo, uma escova para o corpo) que já tenham sido
_____ Outro (descreva: _____)	

Por favor, marque com um X as atividades para as quais você geralmente precisa da AJUDA DE OUTRA PESSOA:

_____ Higiene	_____ Pegar e abrir objetos
_____ Alcançar objetos	_____ Tarefas de casa e compras

## ANEXO VI – Ofício de solicitação de posto



ANEXO XV

### OFÍCIO PARA COMUNICAÇÃO DE TROCA DE FUNÇÃO

OFÍCIO nº / APS / RP SÃO JOÃO DA BOA VISTA

Prezado(a) Senhor(a),

1. O segurado foi avaliado pela Equipe de Reabilitação Profissional e elegível para o programa profissional do INSS, uma vez que apresenta potencial laborativo para retornar ao trabalho, apresentando as seguintes contraindicações:
  
2. Para darmos continuidade ao processo reabilitatório do(a) segurado(a), solicitamos:
  
3. Informamos que, durante o período de reabilitação profissional (avaliações/cursos/treinamento), o segurado continuará sob a responsabilidade do INSS e em percepção de auxílio-doença, não estabelecendo qualquer vínculo empregatício ou funcional entre o reabilitando e a empresa/entidade, bem como entre estas e o INSS (§1º, Art. 106, do Decreto 3.046/99).
  
4. Informamos que a falta de vagas não deve ser considerada como impedimento para readaptação/reabilitação profissional, tendo em vista o estabelecido na legislação que transcrevemos abaixo:

## ANEXO VII – Cartão de Frequência



ANEXO XX

## CARTÃO DE FREQUÊNCIA

CARTÃO DE FREQUÊNCIA CURSO/TREINAMENTO			
Nome do(a) segurado(a):			
Nº Benefício/Espécie:		Mês/ano:	
Nome da Entidade/Empresa:			
TREINAMENTO			
DIA	RUBRICA	DIA	RUBRICA
1		17	
2		18	
3		19	
4		20	
5		21	
6		22	
7		23	
8		24	
9		25	
10		26	
11		27	
12		28	
13		29	
14		30	
15		31	
16			
Nome do Instrutor/Responsável:		do Rubrica:	

**ANEXO VIII – Relatório de avaliação do INSS**



ANEXO XXI



**RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DE CURSO/TREINAMENTO**

Curso/Treinamento: EMPRESA  
 Nome do(a) Segurado(a) :  
 Data do início:                      Data do término:  
 Período/dias frequentados na semana: A                      – SENDO DE DO DIA  
 / A = HS;                      A = HS- EXCETO SAB;DOM; FERIADOS.  
 Atividades desenvolvidas: (utilizar o verso se necessário)

**1. Aspectos da Execução do Trabalho:**  
 a) Trabalhou: ( ) Individualmente                      (X) Em equipe

<b>b) Posições:</b>	<b>c) Esforços Físicos:</b>	<b>d) Movimentos:</b>
Eru p <sup>o</sup> (X)	Peso Máximo: 03 kg                      ( )	Dedos                      ( )
Sentado                      (X)	Puxou                      ( )	Mãos/Braços                      (X)
Andando                      ( )	Levantou                      (X)	Pés/Pernas                      (X)
Agachado                      ( )	Carregou                      (X)	Coluna                      ( )
Deitado                      ( )	Empurrou                      ( )	Bimanual                      ( )

**2. Aspectos Psicofísicos: (assinalar conforme os critérios)**

<b>Critérios de Avaliação:</b>	(B) Rapidez	(B) Concentração
(A) Ótimo	(B) Precisão	(B) Memória
(B) Bom	(B) Ordem	(B) Capacidade de Aprendizagem
(C) Regular	(B) Produtividade	(B) Coordenação Motora
(D) Ruim	(B) Qualidade	(B) Destreza Manual
(E) Não avaliado		

**3. Atitudes, Comportamentos e Hábitos: (assinalar conforme os critérios)**

<b>Critérios de Avaliação:</b>	(B) Independência	(B) Participação
(A) Ótimo	(B) Motivação	(B) Relacionamento c/ o Grupo
(B) Bom	(B) Criatividade	(B) Relacionamento c/ o Avaliador
(C) Regular	(B) Responsabilidade	(B) Capacidade de Organização
(D) Ruim	(B) Perseverança	(B) Segurança
(E) Não avaliado	(B) Cooperação	(B) Assiduidade
	(B) Iniciativa	(B) Pontualidade



### ANEXO IX – Certificado de Reabilitação



ANEXO XI

<b>CERTIFICADO DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL</b>					
<b>GERÊNCIA EXECUTIVA</b>					
Certifico, para os fins de direito, e em cumprimento ao art. 92, da Lei nº 8.213, de 24/07/91 e ao art. 140, do Decreto nº 3.048, de 06/05/99, que o segurado					
Reabilitação Profissional do INSS, no período de	A	RG	CTPS	Série /	cumpriu o Programa de
apto(a) para o exercício desta função					, estando
Em conformidade ainda com os dispositivos legais supracitados, o(a) segurado(a) não estará impedido(a) de exercer outra atividade para a qual se julgue capacitado(a).					
DE de					
Matr					
Tec Reabilitação Profissional					
RESTRICÇÕES:					