

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

**RETORNO AO TRABALHO E TRANSTORNOS MENTAIS E DO
COMPORTAMENTO: UM ESTUDO COM SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS**

ANA CAROLINA TONIOLO

SÃO CARLOS – SP
2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

**RETORNO AO TRABALHO E TRANSTORNOS MENTAIS E DO
COMPORTAMENTO: UM ESTUDO COM SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS**

ANA CAROLINA TONIOLO

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre em Terapia Ocupacional na Área de Concentração “Processos de Intervenção em Terapia Ocupacional” e na Linha de Pesquisa “Redes Sociais e Vulnerabilidade” do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, sob orientação da professora Dra. Isabela Aparecida de Oliveira Lussi

SÃO CARLOS – SP
2014

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

T665rt

Toniolo, Ana Carolina.

Retorno ao trabalho e transtornos mentais e do comportamento : um estudo com servidores públicos municipais / Ana Carolina Toniolo. -- São Carlos : UFSCar, 2014.
98 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2014.

1. Terapia ocupacional. 2. Trabalho. 3. Transtornos mentais. 4. Retorno ao trabalho. 5. Readaptação ao emprego. I. Título.

CDD: 615.8515 (20^a)

FOLHA DE APROVAÇÃO DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DO(A)
ALUNO(A) ANA CAROLINA TONIOLO, DEFENDIDA PUBLICAMENTE EM 25
DE FEVEREIRO DE 2014.



Prof.^(a) Dr.^(a) Isabela A. Oliveira Lussi
Orientador(a) e Presidente
Universidade Federal de São Carlos



Prof.^(a) Dr.^(a) Regina Yoneko Carretta
Universidade de São Paulo



Prof.^(a) Dr.^(a) Roseli Esquerdo Lopes
Universidade Federal de São Carlos

Homologado na CPG-PPGTO na _____ª. Reunião no dia ____/____/____
--

Financiamento:
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior

AGRADECIMENTOS

Aos trabalhadores que gentilmente aceitaram participar desta pesquisa.

À Secretaria de Administração e Gestão de Pessoal e aos profissionais do SESMT da Prefeitura em estudo, pela disponibilidade.

À Profa. Dra. Isabela Aparecida de Oliveira Lussi, por acreditar em mim, não só agora, mas também em outros momentos. Obrigada pela paciência e pela parceria!

À minha querida banca, Profa. Dra. Ró Esquerdo Lopes e Profa. Dra. Rê Dakuzaku, por aceitarem o convite, pelas ricas contribuições e pelo jeito tão doce, tão cuidadoso e tão decisivo de fazê-las.

Aos professores com os quais tive contato nesse percurso do mestrado: Ana Malfitano, Thelma Matsukura, Léa Soares, Iracema Ferrigno, Mallu Emmel, Daniel Cruz, Stella Nicolau, Taís Quevedo, Fer Cid, Carlinha, Egberto Turato, Rubens Adorno, Lilian Magalhães, João Alberto Camarotto, Paulo Bento, obrigada por todas as trocas e todo o conhecimento compartilhado!

À Marília, Dani, Pat e Annie, pelas contribuições na consolidação dessa pesquisa.

A todos os familiares, amigos e amores, próximos ou não, sem os quais eu seria alguém menor, quero agradecer-los por cada semente plantada e levada de mim, agradecer por cada troca, por cada injeção de ânimo, por cada manhã que acordei mais disposta a fazer a vida acontecer e tudo dar certo. O maior e o menor contato que tive (e tenho) não saem de mim. Obrigada!

À minha mãe, por sempre me ensinar a colocar mais coração em tudo que eu faço.

E ao meu pai, meu trabalhador aposentado preferido, por sempre me ensinar a colocar mais razão em tudo que eu faço...



"Tempos Modernos"
Chaplin

*"Quando somos crianças, somos um pouco de cada coisa. Artista, cientista, atleta, erudito.
Às vezes, parece que crescer é desistir destas coisas, uma a uma".*

Kevin Arnold – Anos Incríveis (Episódio: Aula de Piano)

RESUMO

No Brasil, os Transtornos Mentais e do Comportamento ocupam o terceiro lugar em número de auxílios-doença concedidos pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e, assim, ilustram a importância do desenvolvimento de pesquisas sobre o tema. O objetivo do presente estudo foi conhecer o processo de retorno ao trabalho de trabalhadores municipais que foram afastados por Transtornos Mentais e do Comportamento, receberam benefício auxílio-doença (por incapacidade) e retornaram às atividades de trabalho. Participaram do estudo sete trabalhadores de uma Prefeitura Municipal do interior do estado de São Paulo, que conseguiram retornar às atividades de trabalho após serem afastados do trabalho por 30 dias ou mais com diagnóstico primário de Transtornos Mentais e do Comportamento (CID F do CID-10), no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2012. A coleta de dados aconteceu no período de dezembro de 2012 a março de 2013 e se deu por meio do preenchimento de um protocolo de informações pessoais, profissionais e referentes ao processo de afastamento e retorno ao trabalho e da aplicação de uma entrevista semiestruturada que abordou questões sobre o processo de afastamento e retorno ao trabalho. Para análise dos dados, foi utilizada a técnica de Análise Temática. Os resultados mostraram que os participantes foram unânimes em considerar suas famílias como principal fonte de suporte no processo de retorno às atividades de trabalho. Quanto aos motivos que levaram ao adoecimento e consequente afastamento do trabalho, alguns participantes relataram o mau relacionamento com chefia e colegas de trabalho. No entanto, o bom relacionamento com a chefia e com os colegas de trabalho apareceu também como auxílio no processo de retorno ao trabalho. O ambiente físico inadequado e as condições de trabalho precárias foram apontados como facilitadores de adoecimento mental nos trabalhadores. Os participantes sinalizaram sugestões sobre mudanças em seus ambientes de trabalho que poderiam torná-los menos adoecedores e mais adequados e favoráveis ao bom desempenho dos funcionários. Para a maioria dos participantes do estudo não existe diferença no sentido do trabalho em suas vidas antes do afastamento e após o retorno ao trabalho. O trabalho assume significados diversos na vida dos participantes relacionados à realização pessoal e prazer, função social, forma de sustento e espaço de socialização. Apesar de todos os participantes terem passado por atendimento pericial do INSS, nenhum recebeu qualquer informação ou indicação sobre o Programa de Reabilitação Profissional do INSS. Espera-se que esta pesquisa contribua para o fortalecimento da rede local de atenção à saúde do trabalhador e traga esclarecimento sobre a reinserção dessas pessoas no mercado de trabalho e a garantia de seus direitos.

Palavras-chave: Trabalho. Transtornos mentais. Retorno ao trabalho. Readaptação ao emprego.

ABSTRACT

In Brazil, the Mental and Behavioral Disorder ranks third in number of sickness benefits provided by the National Institute of Social Security (INSS) and thus illustrate the importance of further research on the topic. The aim of this study was to know the process of return to work of municipal workers who were turned away by mental and behavioral disorders, received sickness benefit (for incapacity) and returned to work activities. Participants were seven employees of a Municipality in the State of Sao Paulo, who managed to return to work activities after being away from work for 30 days or more with a primary diagnosis of Mental and Behavioral Disorders (CID F from CID-10) in the period January 2008 to December 2012. Data collection happened in the period December 2012 to March 2013 and it accomplished through filling out a personal information and professional protocol related to the removal process and return to work and the application of a semi-structured interview which addressed questions about the process of removal and return to work. For data analysis, the technique used was Thematic Analysis. The results showed that the participants were unanimous in considering their families as the main source of support in the process of return to work activities. Regarding the reasons that led to the illness and consequent removal from work, some participants reported poor relationship with superiors and coworkers. Nevertheless, a good relationship with management and co-workers appeared to aid in the process of returning to work. The physical environment, inadequate and precarious working conditions were identified as facilitators for mental illness in workers. Participants signaled suggestions about changes in their work environments, which could make them less sick prone, and more appropriate and favorable for good employee performance. For most of the study participants there is no difference in the meaning of work in their lives prior to removal and after returning to work. The work takes on different meanings in the lives of the participants related to personal fulfillment and enjoyment, social function, means of support and space for socializing. Although all participants had undergone expert care of the INSS, none received any information or indication on the Vocational Rehabilitation Program of the INSS. It is expected that this research will contribute to the strengthening of the local network of health care worker and bring enlightenment about reinsertion of these people into the labor market and the assurance of their rights.

Keywords: Work. Mental disorders. Return to work. Readaptation to work.

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 Dimensionamento dos SESMTs
- Quadro 2 Caracterização dos participantes da pesquisa
- Quadro 3 Participantes que passaram por processo de Readaptação de Função
- Quadro 4 Diagnósticos primários dos participantes da pesquisa e período de afastamento
- Quadro 5 Opinião dos participantes sobre sentir-se apto ou não para retornar às atividades de trabalho e decisão do médico do trabalho (SESMT)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Alcoólicos Anônimos
ABBR	Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior
CAPs	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CID-10	Classificação Internacional de Doenças – 10ª Edição
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIST	Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
EAM	Envelope de Antecedentes Médicos
EPI	Equipamento de Proteção Individual
FONSET	Fórum Nacional de Secretarias do Trabalho
GAT	Grupo de Apoio Terapêutico
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IAPB	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Bancários
IAPI	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MTIC	Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio
NR	Norma Regulamentadora

OIT	Organização Internacional do Trabalho
ONGs	Organizações Não Governamentais
PCMSO	Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PDRI	Plano Diretor de Regionalização e Investimentos
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PST	Programas de Saúde do Trabalhador
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SDAS	Seção de Desenvolvimento e Acompanhamento ao Servidor
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESMT	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TAC	Termos de Ajuste de Conduta
UNESP	Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
USP	Universidade de São Paulo
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	11
INTRODUÇÃO	13
PROCEDIMENTOS DE PESQUISA	16
1. TRABALHO	23
1.1 Sobre a centralidade do trabalho.....	23
1.2 A previdência e a seguridade social brasileira.....	25
1.3 As políticas nacionais e a Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador.....	29
1.4 Estudos no campo da Saúde Mental e do Trabalho	34
2. RETORNO AO TRABALHO.....	37
2.1 Apontamentos sobre retorno e permanência no trabalho.....	37
2.2 Reabilitação Profissional e Readaptação de Função.....	38
2.3 NR 4: Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho	44
3. TRABALHADORES E SUAS HISTÓRIAS DE RETORNO E PERMANÊNCIA NO TRABALHO	50
3.1 O SESMT da Prefeitura Municipal em questão.....	50
3.2 Caracterização dos trabalhadores.....	53
3.3 Os sentidos do trabalho para os participantes.....	56
3.4 O trabalhador, o médico do trabalho e o perito do INSS: relações favorecedoras ou desfavorecedores para o retorno ao trabalho?.....	59
3.5 Rede, suportes, apoios sociais no processo de retorno ao trabalho	63
3.6 Sobre organizações, relações e condições de trabalho	70
CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS	84
APÊNDICE I	94
APÊNDICE II.....	97

APRESENTAÇÃO

Estudar numa universidade pública, no curso que você escolheu e na cidade em que você mora desde que nasceu, eu afirmo, é privilégio para poucos. Sim, privilégio. Conseguir um emprego e fazer pós-graduação nessa mesma cidade é privilégio ainda maior, do qual eu pude sentir o gosto. “Mas você não sabe e nunca provou muitas coisas que se pode aprender e vivenciar morando fora de casa”. Eu te digo: “você não sabe e nunca provou muitas coisas que se pode aprender e vivenciar compartilhando diretamente, todo dia, a mudança que uma vida universitária traz para sua vida e para a vida dos seus pais, e assistir de camarote toda essa mudança dentro da sua casa”.

Quando terminei a graduação em Terapia Ocupacional, no final de 2010, em dias próximos à minha colação de grau, eu me lembro de ter dito à minha mãe que independentemente do rumo que eu tomasse profissionalmente, eu estava feliz em ser terapeuta ocupacional, por todas as reflexões e por tudo que aprendi e vivi na graduação e, hoje, penso que compartilhei diretamente todos os bons e maus momentos com meus pais, e isso nos fez pessoas melhores. Estamos longe de ser uma família ideal. Deus me livre. Mas é bonito como, aos poucos, continuamos nos transformando e um assiste de perto a mudança do outro. Um privilégio... Claro, com dias contados, mas feliz!

Assim que me formei, não demorei a conseguir um emprego em gerontologia, e quis a vida que fosse nesta mesma minha cidade. Gerontologia foi minha última prática de estágio na graduação. O emprego caiu bem. Me sentia preparada para assumir. E foi nesse mesmo emprego, trabalhando como técnica, que todo o desejo de fazer pesquisa em saúde do trabalhador surgiu. Como as pessoas poderiam se submeter a trabalhar em condições tão duras? Como ganhar tão pouco? Por que é tão difícil se relacionar? Por que existe trapaça? Por que essas pessoas adoecem?

Então, curiosa, fui fazer disciplinas como aluna especial em programas de pós-graduação (essa é uma das vantagens de morar, trabalhar e estudar na mesma cidade: você pode correr de um lado pro outro e fazer mil coisas ao mesmo tempo). Entrei como ouvinte em uma disciplina de Ergonomia em um primeiro semestre e, no semestre seguinte, estava inscrita como aluna especial em um programa de pós-graduação em Engenharia de Produção. Li, ouvi histórias, participei de discussões e não demorou para que eu sentisse falta de publicações e de debates em sala de aula que abordassem questões sobre afastamento do

trabalho por diagnóstico de doença mental. O incômodo me rendeu um projeto de mestrado que escolhi submeter ao processo seletivo na Terapia Ocupacional.

Construindo meu projeto de pesquisa, me chamou a atenção o número alarmante de afastamentos por Transtornos Mentais e do Comportamento, que a literatura aponta ser, até hoje, o terceiro maior motivo de concessão de benefícios por incapacidade do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS. Comecei, então, a tentar entender de que maneira essa população era atendida pelo INSS e quais benefícios recebiam, além do auxílio-doença. Nesse momento surgem questões sobre o Programa de Reabilitação Profissional do INSS.

Aos poucos, em meio a leituras, conversas e contatos pessoais diretos, comecei a entender que o Programa de Reabilitação Profissional do INSS é, teoricamente, direito de todos os segurados que adoecem. Porém, na prática, grandes acidentados são priorizados. O que quero dizer é que os casos de diagnósticos por doença mental são pouco ou nada contemplados sem que haja uma razão legal ou formal para isso.

Surgiu, assim, meu projeto inicial de pesquisa, que tinha como objetivo geral conhecer e ouvir os seletos trabalhadores que provaram do “gostinho” da reabilitação profissional do INSS, mas o projeto nunca pôde sair do papel. Aliás... Saiu! Percorreu duas Gerências Executivas do INSS, três Agências da Previdência Social e uma Superintendência Regional. Mas nunca mais mandou notícias. Sua realização não foi aprovada nessas instâncias. Inevitavelmente, o desenho da pesquisa mudou...

Onde e de que forma, então, os trabalhadores afastados por doença mental são assistidos, se não pelo seu Seguro Social? Em quais condições se afastam e, ainda, retornam às atividades de trabalho, quando conseguem retornar? Nos trâmites da tentativa de não perder o foco do meu projeto inicial, uma rede com pessoas muito boas e experientes se formou, e uma delas me ajudou a delinear e traçar uma nova proposta de pesquisa. Foi quando optei por conhecer a realidade de funcionários públicos de uma prefeitura que, nesta pesquisa, não serão identificados, por uma questão ética.

Muitas perguntas ficaram sem respostas, especialmente, quantos são os inúmeros trabalhadores que não retornam ou não conseguem permanecer trabalhando depois de afastamentos recorrentes? Mas a recusa da pesquisa inicial foi importante para gerar outros questionamentos. E fico feliz por ter conseguido não ter aberto mão do que me inquieta e, peço licença para dizer, à minha orientadora: ouvir as pessoas que passaram pela experiência do sofrimento mental no trabalho. Para mim, poder contextualizar e unir esse gosto às questões que envolvem trabalho e a saúde do trabalhador é mais um grande privilégio.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, nota-se que é crescente o interesse por questões relacionadas aos vínculos entre trabalho e saúde/doença mental. Isso acontece porque é cada vez maior o número de transtornos mentais e do comportamento associados ao trabalho (JACQUES, 2003). Nas décadas de 1990 e 2000, as repercussões psíquicas do mundo do trabalho começaram a ganhar espaço nos consultórios com manifestações clínicas correspondentes a vários diagnósticos presentes na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e reconhecidos como relacionados ao trabalho tanto pelo Ministério da Previdência Social (Decreto nº 3048, de 06 de maio de 1999), como pelo Ministério da Saúde (Portaria nº 1339/GM, de 18 de novembro de 1999) (SELIGMANN-SILVA et al., 2010).

A Portaria 1.339 de 18 de novembro de 1999 apresenta quais são os transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho (Grupo V da CID-10). Nessa lista, estão presentes exatamente 12 tipos de transtornos mentais: Demência em outras doenças específicas classificadas em outros locais (F02.8); *Delirium*, não-sobreposto à demência, como descrita (F05.0); Transtorno cognitivo leve (F06.7); Transtorno orgânico de personalidade (F07.0); Transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado (F09.-); Alcoolismo crônico (relacionado ao trabalho) (F10.2); Episódios depressivos (F32.-); Estado de estresse pós-traumático (F43.1); Neurastenia (inclui síndrome de fadiga) (F48.0); Outros transtornos neuróticos especificados (inclui neurose profissional) (F48.8); Transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não-orgânicos (F51.2) e Sensação de estar acabado (síndrome de *burnout*, síndrome do esgotamento profissional) (Z73.0) (BRASIL, 1999b).

O desequilíbrio na saúde do profissional pode levá-lo a se ausentar do trabalho; a esse fenômeno dá-se o nome de “absenteísmo”. Tal ocorrência se reflete nas licenças por auxílio-doença e, muitas vezes, gera despesas e as organizações se veem na necessidade de se reestruturar, por meio, por exemplo, da reposição de funcionários, transferências, novas contratações, novo treinamento etc. (JACQUES, 2003). Os benefícios auxílio-doença são concedidos aos trabalhadores que estão impedidos de exercer suas atividades profissionais por doença ou acidente de trabalho. Nos 15 primeiros dias de afastamento, o pagamento feito aos segurados é de responsabilidade do empregador. A partir do 16º dia, o pagamento é feito pela Previdência Social. Os auxílios-doença se diferenciam em Acidentários (B91) ou Previdenciários (B31). Quando o diagnóstico primário de afastamento faz parte da lista de doenças reconhecidas como relacionadas ao trabalho dos Ministérios da Previdência Social e

da Saúde, o nexo causal é estabelecido e o trabalhador receberá auxílio-doença do tipo acidentário. Quando o segurado adoece de forma não acidental ou por outras razões não relacionadas ao trabalho, o auxílio-doença concedido é do tipo previdenciário (BRASIL, 2009a).

Os Transtornos Mentais e do Comportamento (F00-F99) ocupam o terceiro lugar em número de auxílios-doença concedidos (previdenciários e acidentários) pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) (JARDIM, 2011). Em âmbito nacional, as únicas estatísticas oficiais disponíveis sobre a saúde mental do trabalhador são as da Previdência Social (SELIGMANN-SILVA et al., 2010). Mediante a Coordenação Geral de Monitoramento dos Benefícios por Incapacidade, da Diretoria de Políticas de Saúde e Segurança Ocupacional, a Secretaria de Políticas de Previdência Social – SPS disponibiliza o acompanhamento mensal dos benefícios auxílios-doença concedidos, de natureza previdenciária e acidentária, segundo os códigos da CID-10. Este material possibilita a elaboração de trabalhos sobre o tema saúde e segurança ocupacional contribuindo para o fortalecimento das políticas previdenciárias e a adequação às necessidades da sociedade (BRASIL, 2009b).

Em abril de 2007, introduziu-se, no Brasil, o conceito de “Nexo Técnico Epidemiológico” para estabelecimento de nexo causal entre trabalho e agravo à saúde, por meio da Lei nº11.430 de 26 de dezembro de 2006 (FONSECA, 2011). A partir daí, os números de afastamento dos trabalhadores comprovam que os benefícios auxílio-doença acidentários concedidos por Transtornos Mentais e do Comportamento aumentaram de 49, em abril de 2006, para 1.046 no mesmo mês, em 2007, o que permite concluir que, possivelmente, havia um mascaramento na notificação de acidentes e doenças do trabalho (BRASIL, 2009c). Porém, é importante destacar que o Nexo Técnico Epidemiológico não garante que esses acidentes não sejam ainda omitidos.

Avaliar e relacionar o adoecimento mental ao trabalho é um processo complexo e, nesse contexto, observa-se que existe um número crescente de pessoas que não conseguem permanecer trabalhando nas empresas e são isoladas ou demitidas por apresentarem transtornos psíquicos (SELIGMANN-SILVA et al., 2010). Se não são demitidos, como é o caso dos participantes dessa pesquisa, que são funcionários públicos, a exclusão ocorre por outras vias, representadas, por exemplo, pelo estranhamento e más relações no ambiente de trabalho.

Na questão sobre a incapacidade para o trabalho, a resposta pública se configura por meio da prática da reabilitação profissional (TAKAHASHI; KATO; LEITE, 2010). O Programa de Reabilitação Profissional do INSS é voltado para trabalhadores de todas as categorias profissionais. Esses trabalhadores são, impreterivelmente, segurados que contribuem com a Previdência Social e que estão em percepção de benefício por incapacidade. Os aposentados por invalidez que queiram espontaneamente retornar ao trabalho também podem participar do Programa. Ainda, e de maneira particular, pessoas com deficiência sem vínculo com a Previdência podem ingressar no Programa mediante convênio de cooperação técnico-financeira com instituições e empresa – Lei nº 8213, de 24 de julho de 1991 (BRASIL, 1991).

Apesar dos transtornos mentais e do comportamento marcarem presença significativa nos bancos de dados da Previdência Social, estes casos são pouco contemplados pelo Programa de Reabilitação Profissional; a atenção aos mesmos é desenvolvida nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da Rede do Sistema Único de Saúde (SUS) (TAKAHASHI; KATO; LEITE, 2010).

O retorno ao trabalho representa, então, um dos aspectos mais complexos das políticas de atenção à saúde dos trabalhadores. Sendo assim, é necessário pensar a reabilitação profissional para além do Programa de Reabilitação Profissional do INSS, bem como superar a clássica reabilitação oferecida em diferentes serviços de saúde. A reabilitação profissional precisa ser vista como um processo que deve envolver as empresas nos sistemas de prevenção, tratamento, reabilitação, readaptação e reinserção das pessoas no trabalho (TOLDRÁ et al., 2010).

O presente estudo pretendeu compreender o processo de retorno ao trabalho, no caso, de servidores públicos municipais que foram afastados por Transtornos Mentais e do Comportamento, considerando que todos os participantes receberam benefício auxílio-doença (por incapacidade) e, após afastamento, conseguiram retornar às atividades de trabalho.

Especificamente, essa pesquisa se propôs verificar qual(is) suporte(s) esses trabalhadores afastados por doença mental receberam no momento do afastamento e, especialmente, depois que retornaram às atividades de trabalho.

PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

O trabalho em questão trata-se de uma pesquisa transversal descritiva, que adotou abordagem qualitativa.

Um estudo transversal descritivo é aquele que pode proporcionar um panorama geral de um grupo de pessoas através de uma coleta de dados realizada em um único momento, fazendo, assim, com que este estudo caminhe na direção de tentar ilustrar um contexto, uma situação ou um fenômeno em um determinado ponto do tempo (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006).

A palavra expressa na fala cotidiana é o material primordial da investigação qualitativa, seja nas relações técnicas e afetivas ou nos discursos políticos, intelectuais e burocráticos. Sendo assim, através da fala do entrevistado manifestam-se sistemas de valores, normas e símbolos ou, ainda, representações de grupos e suas específicas condições históricas, socioeconômicas e culturais (MINAYO; SANCHES, 1993).

Segundo Turato (2005), na pesquisa qualitativa, em primeiro lugar, o foco do pesquisador deve voltar-se para a busca do significado dos elementos, que podem ser fenômenos, manifestações, ocorrências, fatos, eventos, vivências, ideias, sentimentos, assuntos, entre outros. Eles dão molde à vida das pessoas. Em outro nível, os significados que são dados a esses elementos são partilhados culturalmente, o que leva à organização de um grupo social em torno destes simbolismos e representações.

Trabalhar qualitativamente implica, necessariamente, por definição, em entender/interpretar os sentidos e as significações que uma pessoa dá aos fenômenos em foco, através de técnicas de observação ampla e entrevistas em profundidade (instrumentos necessários e suficientes), em que são valorizados o contato pessoal e os elementos do *setting* natural do sujeito (TURATO, 2003, p. 168).

Do ponto de vista metodológico, a investigação de natureza qualitativa procura tratar a complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de determinados grupos intensamente abrangidos, pois “trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões” (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 247).

Na pesquisa qualitativa, as técnicas de coleta de dados, do mesmo modo que nos estudos quantitativos, podem ser múltiplas, porém são utilizadas técnicas que não pretendem medir nem associar as medições a números, tais como observação não estruturada, entrevistas abertas, revisão de documentos, discussão em grupo, análise semântica e de discursos

cotidianos, interação com grupos ou comunidades, entre outros (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006).

Para Sampieri, Collado e Lucio (2006), os estudos qualitativos podem desenvolver hipóteses e questões antes, durante e depois da coleta e da análise dos dados. Sua principal característica, geralmente, consiste em compreender um fenômeno social complexo, porém, o importante é entender que a ênfase de uma pesquisa qualitativa não está em medir as variáveis envolvidas no fenômeno, mas compreendê-lo.

Esse tipo de estudo não pretende generalizar intrinsecamente os resultados para populações mais amplas, tampouco obter amostras representativas. Eles se fundamentam em um processo indutivo (exploram e descrevem, e logo geram perspectivas teóricas). É um tipo de pesquisa que dá profundidade aos dados, à riqueza interpretativa, aos detalhes e às experiências únicas (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006).

Considerando os pressupostos apresentados optou-se por adotar a abordagem de pesquisa qualitativa para o presente estudo, compreendendo que é a mais adequada para o alcance dos objetivos traçados.

Os participantes do estudo

A presente pesquisa foi realizada em uma cidade do interior do Estado de São Paulo. Mais especificamente, o campo de estudo se refere à Prefeitura Municipal desta cidade, na qual trabalham cerca de 4.500 servidores.

Participaram deste estudo sete trabalhadores da referida Prefeitura Municipal, que conseguiram retornar às atividades de trabalho após serem afastados do trabalho por 30 dias ou mais, com diagnóstico primário de Transtornos Mentais e do Comportamento (CID F do CID-10), no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2012. Dos sete trabalhadores, cinco são mulheres e dois são homens. A idade dos participantes varia de 29 a 53 anos.

Aspectos éticos

É crescente o número de investigações no campo da saúde e milhares de pessoas se submetem como sujeitos de pesquisa todos os anos. Para Fortes (1998), apesar dos benefícios que essas pesquisas trazem à humanidade, a orientação ética ainda é um recurso necessário.

Araujo (2003, p. 58) afirma que “(...) a importância das pesquisas científicas nas ciências da saúde é inegável, assim como é necessária, em determinados momentos, a utilização de seres humanos como sujeitos, objeto da pesquisa científica”. Vistas pela sociedade como mecanismo de aquisição de conhecimento é inegável a necessidade de pesquisas no campo da saúde. No entanto, o desenvolvimento dessas pesquisas envolve dilemas éticos, que surgem, talvez, por conflito de interesses entre pesquisadores, sociedade e pesquisados (FORTES, 1998).

Na atual pesquisa, os procedimentos adotados obedeceram aos preceitos éticos recomendados em pesquisas envolvendo seres humanos. Nenhum sujeito foi obrigado ou pressionado a participar desse estudo. Os trabalhadores que aceitaram participar foram solicitados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos e procurou-se atender à Resolução nº196/96, emitida pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em outubro de 1996 (BRASIL, 2012b).

Os instrumentos de pesquisa

A coleta de dados se deu por meio do preenchimento de um Protocolo de informações pessoais, profissionais e referentes ao processo de afastamento e retorno ao trabalho (APÊNDICE I) e da aplicação de uma entrevista semiestruturada que abordou questões sobre o processo de afastamento e retorno ao trabalho dos participantes (APÊNDICE II). Os instrumentos foram elaborados pela pesquisadora a partir da revisão de literatura da área e em construção coletiva junto a profissionais que atuam no campo da saúde do trabalhador.

A escolha do uso de uma entrevista semiestruturada para a coleta do material se deu por ser um procedimento que permite coletar dados objetivos – que também podem ser obtidos por meio de fontes secundárias – e subjetivos – relacionados a valores e opiniões dos sujeitos entrevistados (CRUZ NETO, 1994).

Procedimentos

a) Elaboração dos instrumentos de pesquisa

Após a elaboração dos instrumentos de coleta de dados, os mesmos foram enviados para quatro profissionais da área (três que trabalham em INSS e um que trabalha em um

Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST) para que fizessem uma avaliação dos instrumentos a partir dos objetivos do presente estudo. O convite foi feito por meio de correio eletrônico e houve o aceite de todos para a avaliação e contribuições. Dessa forma, os instrumentos de coleta de dados foram enviados também via correio eletrônico a estes profissionais.

As sugestões de adequações foram incorporadas aos instrumentos. Posteriormente, foi realizado um estudo piloto com dois sujeitos para a adequação final dos instrumentos. Participaram do estudo piloto duas trabalhadoras, sendo que uma delas passou por processo de Readaptação de Função – oportunidade oferecida pela Prefeitura para que o trabalhador consiga voltar ao trabalho, na mesma função, porém, com restrições ou exercendo uma atividade diferente. A escolha dos sujeitos que participaram do estudo piloto foi aleatória, uma vez que a pesquisadora não tinha acesso prévio às informações sobre a profissão e local de trabalho dos sujeitos.

Após a transcrição das entrevistas foi possível discutir e adequar os instrumentos de pesquisa.

b) Localização dos participantes

Na primeira etapa deste estudo, por meio de envio de Ofício à Secretaria Municipal de Administração e Gestão de Pessoal da Prefeitura Municipal, foram obtidos os números de benefícios auxílio-doença concedidos pela Prefeitura Municipal, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2012. Nesta lista (em planilha do Microsoft Excel), foram registrados 17.594 afastamentos no período, que tinham como diagnóstico primário diferentes tipos de CID. A partir desta lista, foram filtrados os afastamentos concedidos por Transtornos Mentais e do Comportamento (Grupo F do CID-10) e obteve-se um número de 1.239 afastamentos.

Em seguida, por meio de uma análise cautelosa dos números obtidos, foram extraídos os sujeitos que ficaram afastados do trabalho por 30 dias ou mais, no período já mencionado, o que levou à construção de uma lista com exatos 23 potenciais sujeitos de pesquisa. Os demais 1.216 trabalhadores não elegíveis para a pesquisa ficaram afastados do trabalho por menos de 30 dias ou, ainda, afastaram-se por mais de 30 dias, porém, com diagnósticos diferentes.

Para se configurarem como participantes, os trabalhadores deveriam se encaixar nos seguintes critérios de inclusão:

- Terem sido afastados do trabalho por Transtornos Mentais e do Comportamento no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2012: isso remete à exigência de que os trabalhadores tenham sido afastados com diagnóstico primário de Transtornos Mentais e do Comportamento (Grupo F da CID 10);

- Terem permanecido afastados por 30 dias ou mais e terem conseguido retornar ao trabalho: sobre esse critério, entende-se que o servidor recebeu Benefício Auxílio-Doença (por incapacidade) previdenciário ou acidentário, pago pela Previdência Social. Além disso, no conteúdo deste critério, está implícito que o servidor tenha passado pelo Médico do Trabalho da Prefeitura antes de retornar ao trabalho (essa é a conduta exigida pela Prefeitura no momento do retorno ao trabalho para todos os servidores que estiveram afastados por 30 dias ou mais). Tendo em vista que um dos principais objetivos desta pesquisa é o de conhecer e compreender os suportes que os trabalhadores receberam durante o afastamento e depois do retorno ao trabalho, torna-se importante colocar como critério de inclusão a passagem pelo Médico do Trabalho do SESMT (Serviço Especializado em Segurança e em Medicina do Trabalho) da Prefeitura, a fim de tornar possível a avaliação deste tipo de suporte.

É importante relatar que, em alguns casos deste estudo, o participante teve um novo afastamento ou um afastamento anterior, por um período menor que 30 dias. Nesses casos, o participante foi avisado que a pesquisa não iria se referir a esses períodos, mas ao período em que ele se manteve afastado por 30 dias ou mais.

Também houve casos de trabalhadores que, somando-se pequenos períodos de afastamento (dentro de um prazo de 60 dias), completaram 30 dias longe do trabalho, porém, com CIDs diferentes. Esses sujeitos não se encaixaram como participantes desta pesquisa, visto que se um trabalhador é afastado, por exemplo, por 15 dias, dentro de um prazo de 60 dias, ele recebe novo afastamento com CID diferente, não recebe auxílio-doença do INSS e não passa pelo Médico do Trabalho no retorno às atividades (informação verbal)¹, portanto, não cumpre os critérios de inclusão desta pesquisa.

Obedecendo a esses critérios de inclusão e tendo em mãos uma lista com 23 nomes de potenciais participantes (extraídos da lista de 1.239 afastamentos) iniciou-se o contato com cada uma dessas pessoas por meio de ligações telefônicas, a fim de fazer o convite e esclarecer dúvidas sobre a participação na pesquisa.

¹ Informação obtida em entrevista com profissional da equipe do SESMT da Prefeitura Municipal, no momento da coleta de dados.

c) Coleta de dados

As 21 pessoas da lista (excetuando-se as duas entrevistas piloto) foram contatadas por meio de ligação telefônica e as entrevistas agendadas na medida em que os sujeitos eram localizados e aceitavam participar do estudo. Do total de 21 potenciais sujeitos de pesquisa, sete aceitaram participar da entrevista e 14 não participaram pelos seguintes motivos:

- 10 trabalhadores alegaram não ter tempo para receber a pesquisadora;
- 02 pessoas encontravam-se afastados do trabalho no momento da coleta de dados e referiram sentir-se debilitados e fragilizados para participar da pesquisa;
- 02 pessoas referiram não ter interesse em participar da pesquisa, sem motivo aparente que justificasse.

As entrevistas foram realizadas no período de janeiro a março de 2013. Os locais para realização das entrevistas foram escolhidos de acordo com a preferência dos participantes. Cinco pessoas escolheram ser entrevistadas em casa e duas no ambiente de trabalho.

Antes de cada entrevista foi aplicado o Protocolo de informações pessoais, profissionais e referentes ao processo de afastamento e retorno ao trabalho, que era preenchido pela pesquisadora de acordo com informações fornecidas pelos próprios participantes. Em seguida, realizava-se a entrevista, gravada com autorização dos sujeitos de pesquisa. Em média, as entrevistas duraram cerca de 34 minutos cada.

Análise dos dados

Para a análise dos dados deste estudo foi utilizada a técnica de Análise Temática, cujos conceitos fundamentais são tratados na obra de Bardin (2008). Essa técnica tem foco no significado que emerge da análise de um texto e é rápida e eficaz para se aplicar a discursos diretos e simples na investigação dos temas (BARDIN, 2008). Considera-se que na fase de análise dos dados da atual pesquisa, a técnica de Análise Temática foi suficiente para que os objetivos propostos fossem alcançados.

Para a organização e ordenação dos dados obtidos por meio das entrevistas, estas foram transcritas em sua íntegra pela pesquisadora. Em seguida, foi feita a padronização das transcrições de modo que todas as entrevistas fossem ordenadas pelos dados de identificação.

Na sequência, foi feita a leitura exaustiva das entrevistas a fim de obter uma apreensão global das mesmas. Buscou-se a identificação das unidades de significação ou dos temas significativos, tendo como plano de fundo os objetivos pré-estabelecidos. Após essa

identificação, foi realizada a agregação dos temas, elaborando-se, assim, as categorias representativas.

Os dados oriundos do Protocolo de informações pessoais, profissionais e referentes ao processo de afastamento e retorno ao trabalho tiveram análise descritiva.

1. TRABALHO

1.1 Sobre a centralidade do trabalho

Contraopondo-se às produções que defendem a ideia de que o trabalho está perdendo a centralidade no universo de uma sociedade produtora de mercadorias, Antunes (2005, 2009, 2011) explica que o grande desafio é entender, na verdade, a nova morfologia do trabalho e seu caráter polissêmico, polimorfo, multifacetado. Para isso, o autor afirma que, primeiramente, é preciso entender quem é, hoje, a classe trabalhadora, formada por homens e mulheres que vendem sua força de trabalho em troca de salário.

A centralidade do trabalho é o principal elemento da cidadania e do eixo das relações sociais, segundo Castel (2012), que compreende o trabalho como um suporte privilegiado de inscrição na estrutura social, que origina configurações simbólicas, culturais e identitárias. A força de trabalho, então, entendida como um direito e um dever, permite que o indivíduo construa ações em várias direções, principalmente, na produção da sociedade, o que fundamenta a dignidade social, não representada simplesmente pelo exercício de um emprego assalariado.

Polemicamente, Antunes (2005) coloca que os chamados “críticos da sociedade do trabalho” fazem um recorte especialmente eurocêntrico para falar sobre o fim do trabalho e defender que o capital já não necessita dessa mercadoria. Dois terços da humanidade de trabalhadores estão localizados nos chamados Países de Terceiro Mundo (América Latina, Ásia, África). Desta forma, é equivocado pensar e tematizar o mundo do trabalho centrado num corte eurocêntrico (ANTUNES, 2005).

Na verdade, o que vem ocorrendo no mundo contemporâneo, de acordo com Antunes (2009), é uma reestruturação produtiva do capital, representada por uma maior interpenetração e inter-relação entre as atividades fabris e de serviços, produtivas e improdutivas, laborativas e de concepção. Sendo assim, entender que o trabalho não está sendo substituído pela ciência, que a produção não está sendo substituída pela informação e que a produção de valores não está sendo substituída pela esfera comunicacional, é entender o papel que o trabalho exerce na sociabilidade contemporânea nesse começo do século XXI.

O trabalho ainda cumpre um papel decisivo na criação de valores de troca, seja no incremento do trabalho qualificado ou na intelectualização do trabalho fabril, quer na desqualificação ou subproletarização. Então, não há como dizer que há uma perda da

centralidade do trabalho dentro de uma sociedade produtora de mercadorias (ANTUNES, 2009).

Para Antunes (2005), não se pode conceber a extinção do trabalho social, no universo da sociabilidade humana, porque ele é uma forma de intercâmbio entre o ser social e a natureza, e criador de valores de uso, de coisas úteis. Antunes (2005) explica que as ações desencadeadas no mundo do trabalho atingem a esfera da vida fora do trabalho, a esfera do consumo, além do espaço da produção. O tempo livre acaba, então, também estando sujeito aos valores do sistema produtor de mercadorias; o ser social trabalha, deve ter o necessário para viver, mas constantemente é induzido a querer ter e sonhar com novos produtos.

Nesse contexto, Antunes (2011) defende a luta pela redução da jornada de trabalho baseado na ideia de que “(...) uma vida cheia de sentido fora do trabalho supõe uma vida cheia de sentido dentro do trabalho” (ANTUNES, 2011, p.112). O autor argumenta que a redução formal das horas de trabalho pode representar um aumento real do tempo de trabalho dedicado no período. Desse modo, acredita, ainda, que lutar pela redução da jornada é lutar pela redução do tempo opressivo de trabalho.

Não é possível compatibilizar trabalho assalariado, fetichizado e estranho com tempo (verdadeiramente) livre. Uma vida desprovida de sentido no trabalho é incompatível com uma vida cheia de sentido fora do trabalho. Em alguma medida, a esfera fora do trabalho estará maculada pela desefetivação que se dá no interior da vida laborativa (ANTUNES, 2011, p.112).

Uma vida cheia de sentidos em todas as esferas da vida humana só poderá se efetivar com o rompimento das barreiras que existem entre o tempo de trabalho e de não trabalho, diz Antunes (2011). Lutar pela redução da jornada, ou tempo de trabalho, implica em lutar pela redução da jornada e tempo do trabalho precarizado; é lutar contra a lógica destrutiva do capital (ANTUNES, 2011).

Uma sociabilidade tecida por indivíduos (homens e mulheres) sociais e livremente associados, em que ética, arte, filosofia, tempo verdadeiramente livre e ócio, em conformidade com as aspirações mais autênticas, suscitadas no interior da vida cotidiana, possibilitem as condições para a efetivação da identidade entre indivíduo e gênero humano, na multilateralidade de suas dimensões, em formas inteiramente novas de sociabilidade, em que liberdade e necessidade se realizem mutuamente. Se o trabalho se torna dotado de sentido, será também (e decisivamente) através da arte, da poesia, da pintura, da literatura, da música, do tempo livre, do ócio, que o ser social poderá humanizar-se e emancipar-se em seu sentido mais profundo (ANTUNES, 2011, p.113).

Finalmente, lutar pelo direito ao trabalho é uma reivindicação necessária porque, longe de ser um culto ao trabalho assalariado, estar fora do trabalho representa uma brutalização e desrealização ainda maior, principalmente nos países de Terceiro Mundo, onde os trabalhadores são completamente desprovidos de uma verdadeira seguridade social. A luta pelo direito ao trabalho e pela ampliação do tempo fora do trabalho, sem redução de salário, deve seguir uma lógica de rompimento com o metabolismo social do capital, que converte tempo livre em tempo de consumo exatamente para o capital, representado pelas capacitações para melhor competir no mercado de trabalho ou por um consumo desenfreado e sem sentido (ANTUNES, 2011). Essas lutas representam, então, elementos fundamentais para a “(...) construção de uma sociedade não mais regulada pelo sistema de metabolismo social do capital e por seus mecanismos de subordinação, indicando assim fundamentos societais básicos para um novo sistema de metabolismo social” (ANTUNES, 2011, p.115).

1.2 A previdência e a seguridade social brasileira

Em 1923, com a Lei Eloy Chaves, surge efetivamente a previdência social brasileira, criando as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que inauguravam um processo de intervenção crescente do Estado sobre a problemática do trabalho. Em 1926, a reforma da Constituição estabelece que compete ao Congresso Nacional legislar sobre o trabalho (BREGALDA, 2012).

As CAPs eram representadas pelo contrato entre empregado e empregador no qual ambos se comprometiam a cobrir o empregado quando este não fosse mais ativo. Este fundo de aposentadorias e pensões foi criado em caráter obrigatório para ferroviários e, três anos depois, estendeu-se aos trabalhadores da estiva e marítimos. É importante entender a organização das CAPs, porque todas as instituições previdenciárias criadas posteriormente seguem o mesmo molde (COHN, 1980).

Cohn (1980) explica que a administração das CAPs era feita por um colegiado de números iguais de representantes de empregadores e empregados, e eximia-se o Estado de qualquer participação na gerência dessas instituições. Até 1930, o poder público atuava somente como uma instância externa às CAPs, que eram caracterizadas pela amplitude na concessão de benefícios e serviços, e pela facilidade das condições para receber os mesmos. Os gastos por segurados, pensionistas e aposentados eram significativamente elevados. Além disso, as CAPs contemplavam uma parcela restrita dos trabalhadores urbanos, representando

apenas algumas categorias profissionais, como já foi mencionado (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989).

Segundo Oliveira e Teixeira (1989), no período de 1930 a 1945, a previdência social brasileira se transformou num modelo mais restritivo e mais preocupado com a acumulação de reservas do que com a prestação de serviços, o que implicou em restrições que iam desde a suspensão de serviços de assistência médica que eram oferecidos até a diminuição da quantidade e do valor médio dos benefícios concedidos.

A partir de 1930, a previdência social se tornou objeto de atenção do Estado, que passou por uma quebra do regime oligárquico e convivia com a presença cada vez mais significativa das classes assalariadas urbanas no cenário econômico e político (COHN, 1980). Assim, foram criados vários Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) – dos Marítimos, dos Bancários, dos Industriários, dos Empregados em Transporte e Cargas e dos Comerciais. A administração de todos eles tornou-se estatal e a principal preocupação era que os gastos com medidas assistenciais nunca deveriam colocar em risco a estabilidade das instituições previdenciárias, e que seriam uma atribuição secundária e provisória da previdência. Nesses institutos, era forte a natureza contencionista na área dos benefícios pecuniários e a tendência geral ao aumento das contribuições dos segurados (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989).

Com a criação dos institutos – continuando a existir as CAPs – não se trata mais de um vínculo por empresa, mas por categorias profissionais. Todos os bancários, independentemente de onde estivessem empregados, estavam vinculados ao IAPB, todos os industriários, independentemente da empresa em que trabalhassem, estavam vinculados ao IAPI, e assim por diante (COHN, 1980, p. 7).

Criou-se também o conceito de contribuição tripartite. Agora, por meio do então Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC), o Estado passava a funcionar como intermediário entre a previdência e os consumidores (pagantes de contas e taxas) e a ter a função de recolher excedentes a um fundo por ele gerido, além de reunir e redistribuir os recursos existentes. No entanto, o Estado repassava os recursos arrecadados muito irregular e parcialmente, e não chegava a efetivar sua contribuição à previdência nos montantes legalmente estabelecidos. Ocorria, então, um processo de reformulação do sistema de financiamento da Previdência Social e contenção de despesas (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989).

Na tentativa de referenciar essas medidas de contenção a um modelo teórico, apareceu o do seguro social, que justifica que essas medidas eram tomadas em favor dos interesses dos segurados. Os tecnocratas e intelectuais da previdência social do primeiro governo Vargas tentaram, então, tornar técnicas as questões políticas, e formularam a teoria do seguro social, segundo a qual: deve-se garantir a renda dos trabalhadores e seus beneficiários, quando dela forem privados; tal garantia é atribuição da solidariedade das gerações de trabalhadores que se sucedem, com a qual os empregadores e o Estado devem apenas colaborar; a previdência social deve funcionar sob a mesma lógica do seguro comercial privado; a função do Estado deve ser fundamentalmente fiscalizadora e normatizadora, zelando pela sanidade financeira do sistema e impondo aos trabalhadores a obrigação da associação aos programas de seguro social; a acumulação de reservas no início do sistema e a ocorrência de *superávits* é temporária e, com o crescimento da massa de benefícios mais rápido que o da receita, tende a haver um equilíbrio do orçamento ou, até mesmo, um *déficit* (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989).

A previdência social foi se estendendo a um número cada vez maior de categorias profissionais, apesar de sua característica contencionista, que implicava a restrição do papel da instituição previdenciária enquanto instrumento de geração de consenso e legitimação. Aos poucos, foi se transformando num importante mecanismo de acumulação financeira em mãos do Estado (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989).

Em 1946, a nova Constituição Federal estabeleceu o vínculo entre assistência médica e previdência social. Até 1966, ano que os Institutos de Aposentadorias e Pensões foram unificados no Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), ocorreu a expansão da assistência médica previdenciária. Oliveira e Teixeira (1989) consideram que a Lei Orgânica da Previdência Social, promulgada em 1960, foi o marco final do modelo contencionista da previdência.

No âmbito previdenciário, diversas críticas surgiram contra a organização da previdência nos moldes neoliberais do seguro social e, contrapondo-se a essa ideia, está a concepção da seguridade social, caracterizada por um sistema onde cada um colabora de acordo com suas possibilidades, havendo garantia do mínimo necessário à sobrevivência de qualquer cidadão, em caso de necessidade, sendo este mínimo concedido independente de uma contribuição prévia ao sistema previdenciário. A política de seguridade social deveria, ainda, se organizar como uma política social que fornecesse ações de saúde, educação, habitação, garantia de pleno emprego, entre tantos outros benefícios, além dos pecuniários tradicionais. No conceito de seguro social, o trabalhador deve garantir, em casos de

infortúnios que o afastem do trabalho, a continuidade do recebimento de rendimentos proporcionais ao seu salário. Já na concepção de seguridade social, o Estado é quem teria obrigações inalienáveis para com todos os cidadãos (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989).

De 1966 a 1973, a previdência foi marcada por uma carência significativa de recursos para atender às demandas dos segurados. Em 1974, foi instituído o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), definindo-se a ação do Ministério da Saúde como direcionada preferencialmente a atendimentos e medidas de caráter coletivo, devendo o MPAS voltar-se para o atendimento médico-assistencial individualizado. Ocorreu uma tendência de aproximação aos princípios de seguridade social, com a ampliação da assistência a pessoas que estavam fora do trabalho (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989).

Na tentativa de reformular o sistema previdenciário, foi instituído o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), criando-se o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS). Dentro do SINPAS, foi atribuída ao INPS a concessão de benefícios; ao INAMPS, a assistência médica; e ao IAPAS, a atividade financeira do sistema (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989).

Segundo Soares (1991), a Constituição de 1988 redefiniu as áreas de atuação específicas para a previdência social, assistência social e saúde. Mediante a fusão do IAPAS com o INPS (parte da previdência que não é responsável pela assistência médica), criou-se o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), autarquia responsável por assegurar ao trabalhador o direito ao recebimento dos benefícios que são gerenciados pelo Instituto. A assistência à saúde, então, passou a ser feita pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e foi extinto o INAMPS.

Na América Latina, o modelo organizador da seguridade social gera a exclusão de uma parcela significativa da população economicamente ativa (os trabalhadores informais), pois a vinculação só é feita obedecendo a critérios de inserção ocupacional e contribuição salarial (FLEURY, 1994).

A Constituição Federal de 1988 define a seguridade social como um conjunto de ações destinadas a integrar e assegurar os direitos relativos à saúde, previdência e assistência social, a partir da iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade (BRASIL, 1988). A inclusão da assistência social no sistema de seguridade social (junto à saúde e à previdência) representa um avanço da Constituição de 1988 nos direitos que constituem a cidadania (SILVA, 2004). Porém, Boschetti (2003) afirma que as sucessivas reformas do Estado, sobretudo na

previdência, descaracterizaram a seguridade enquanto sistema de proteção social, que acabou não sendo implementada como previsto pela Constituição, pela conseqüente fragmentação das políticas sociais que integram previdência, saúde e assistência. Segundo Boschetti (2003), tanto os planos e relatórios governamentais, quanto as produções acadêmicas, resumem a seguridade social ao seguro previdenciário, quando, na verdade, é constituída por pelo menos três elementos: seguro, assistência médica e auxílios-assistenciais.

Silva (2004) coloca que a aplicação prática da seguridade universal, representada pela ampliação da cobertura e reversão da desigualdade, depende do mercado, porém, não se deve subordinar a ele. Consolidar a seguridade social pensando na ampliação da cobertura e respeito à diferença é um grande desafio, pois aumentar o número de filiados e contribuintes implica, necessariamente, na ampliação das oportunidades de emprego (SILVA, 2004).

1.3 As políticas nacionais e a Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

De acordo com Chiavegato e Algranti (2013), a atenção à Saúde do Trabalhador contempla três níveis de atuação:

I) A vigilância, que define os riscos inerentes a um processo de trabalho, promove medidas que visam ao adequado controle dos riscos, realiza o controle médico e gera um programa que permite a coleta e a análise dos dados gerados;

II) A assistência à saúde, que inclui serviços de acolhimento, atenção, condutas clínicas e ocupacionais e um sistema de benefícios;

III) A abordagem e a conduta apropriadas aos determinantes sociais, individuais ou de grupos, que impactam negativamente na saúde da maioria dos trabalhadores.

Pelo amplo leque de ações, é necessário que exista mediação de setores públicos distintos na saúde do trabalhador representados pelo Trabalho, pela Saúde e pela Previdência, que deveriam atuar de forma conjunta e complementar. “Estes setores, entretanto, trabalham com lógicas absolutamente distintas, fazendo com que a integração aconteça apenas em intenções e discursos, sem resultados práticos de expressão” (CHIAVEGATTO; ALGRANTI, 2013, p.25).

O setor Trabalho segue uma lógica de tripartismo para definir e pautar suas ações, que são pouco flexíveis. O setor Saúde adota uma política de pactuação para desenvolver ações locais e regionais de saúde que está sempre sujeita a depender dos interesses políticos

envolvidos. E a Previdência acaba acolhendo as consequências de uma política ineficaz e adotando um enfoque reducionista que privilegia uma visão meramente numérica sobre o problema das doenças e dos acidentes do trabalho. Cabe destacar que, tanto Trabalho, quanto Previdência têm suas intervenções restritas aos trabalhadores formais. “Somente o setor Saúde é capaz de levar a atenção aos trabalhadores informais, que representam cerca de 48% da população trabalhadora” (CHIAVEGATTO; ALGRANTI, 2013, p.25).

O setor Saúde criou a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), com sua rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) de distintos níveis e, mais recentemente, editou a Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores e Trabalhadoras – PNSST (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Contudo, a estruturação da rede enfrenta enormes obstáculos dentro do Ministério e, não raro, sofre com interesses políticos que têm um grande impacto nas atribuições, na Constituição e na autonomia dos CERESTs.

A não efetividade das ações do Estado cria um vazio que acaba sendo ocupado pelo Ministério Público e pelos Tribunais Regionais de Trabalho simplesmente porque não há instâncias a recorrer. Para Chiavegatto e Algranti (2013), o Ministério Público

[...] vem sendo um real parceiro para que um mínimo de equidade seja adicionado aos graves problemas individuais e de grupos que enfrentamos na rotina. Um tema de grande interesse a ser pesquisado é o custo envolvido na crescente judicialização das questões de saúde e trabalho. É provável que sejam muito superiores aos gastos envolvidos com a vigilância e a assistência à saúde, tanto para o Estado, quanto para as empresas (CHIAVEGATTO; ALGRANTI, 2013, p.26).

Em 2011, foi publicada a Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho – PNSST, por meio do Decreto 7.602, de 07 de novembro de 2011 (BRASIL, 2011) que, para Chiavegatto e Algranti (2013) não passa de uma lista de atribuições de cada um dos setores (Trabalho, Saúde e Previdência) e não define linhas práticas de política que os integrem.

A busca por ações abrangentes em saúde do trabalhador deve ser norteadada pelo desenvolvimento de ações na atenção primária em saúde e em saúde do trabalhador, o que é um desafio. Porém, alguns estudos apontam que, hoje, caminha-se para ampliação do olhar da atenção primária sobre o trabalho e para o reconhecimento dos seus reflexos sobre o viver e adoecer dos trabalhadores, de sua família e da comunidade (CHIAVEGATTO, 2010; LACERDA E SILVA, 2009). Entretanto, a estratégia de inserção das ações na atenção primária só será efetiva por meio de profundas mudanças para a superação das dificuldades, como o subdimensionamento das equipes, a formação e a capacitação inadequadas dos

profissionais (da saúde e da previdência), a carência de suporte técnico efetivo, dentre outras (DIAS et al., 2011).

Neste novo cenário, o Ministério da Saúde tem adotado como estratégia a integração da vigilância em Saúde do Trabalhador junto aos demais componentes da vigilância em saúde. Essa integração tem um difícil resultado prático, pois as ações próprias em saúde do trabalhador são complexas (COSTA et al., 2013).

O atual momento da Saúde do Trabalhador tem foco na prevenção e na promoção à saúde e os objetivos não serão alcançados sem um planejamento estratégico. A sistematização de dados no Brasil é frágil e de difícil acesso. Porém, a Organização Internacional do Trabalho (OIT), em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia, e com apoio do Ministério do Trabalho e Emprego, do Fórum Nacional de Secretarias do Trabalho (FONSET) e a colaboração do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), vem ampliando a produção de indicadores capazes de refletir o real cenário do binômio saúde-trabalho no Brasil, fora do âmbito exclusivo do setor Saúde, incluindo a parcela de trabalhadores, até então, à margem das estatísticas oficiais (GUIMARÃES, 2012).

Com a produção de novos indicadores, na opinião de Chiavegatto e Algranti (2013), o SUS deve assumir o seu papel na geração de dados enquanto instância com amplo acesso aos riscos domiciliados e à população trabalhadora na informalidade.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) entrou em vigor no dia 23 de agosto de 2012 e é fruto do alinhamento junto à Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST). Minayo-Gomez (2013) considera que a PNSTT expressa de forma bastante consistente os saberes reflexivos e de práticas acumulados por profissionais da saúde do trabalhador, movimentos de trabalhadores e setores acadêmicos nas últimas décadas. Além disso, o documento apresenta de maneira clara as diretrizes, estratégias e princípios a serem observados nas três esferas do SUS “(...) para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, visando à promoção e à proteção de sua saúde e à redução da morbimortalidade decorrente do adoecimento e dos agravos nas atividades laborais” (MINAYO-GOMEZ, 2013, p.22). Sendo assim, essa política que se integra ao conjunto de políticas de saúde do SUS, contemplando a transversalidade das ações de saúde e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença,

[...] abrange como sujeitos todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural; de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal; e de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso,

temporário, cooperativado, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado (MINAYO-GOMEZ, 2013, p.22).

Nesse contexto, Minayo-Gomez (2013) desenvolve uma longa crítica a vários pontos dessa política nacional, que serão apresentados a seguir.

O fortalecimento da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) é um dos objetivos prioritários da PNSTT. Particularmente, Minayo-Gomez (2013) assinala que este é um grande desafio para profissionais e gestores que atuam na área, e considera ambiciosa a proposta de implementação da citada Política pelos CEREST que compõem a RENAST. O autor explica que são bastante restritas as possibilidades de atuação em VISAT de boa parte do quadro técnico atual.

Minayo-Gomez (2013) também explica que sem uma mudança na cultura assistencial, que ainda persiste, dificilmente o conjunto de diretrizes e estratégias requeridas para desenvolvimento de ações de VISAT serão levados à prática em 100% dos CERESTs até 2015, como propõe a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério. Para atingir essa meta, seria necessário um planejamento estratégico que tivesse como objetivos:

[...] analisar o perfil produtivo e a situação de saúde dos trabalhadores; integrar a VISAT com os demais componentes da Vigilância em Saúde e com a Atenção Primária em Saúde; fortalecer e ampliar a articulação intersetorial, a participação dos trabalhadores e do controle social; e desenvolver e capacitar adequadamente os profissionais e os gestores (MINAYO-GOMEZ, 2013, p.22).

Diante dessa situação, torna-se necessário aprimorar a formação de profissionais de todos os setores que não têm prática de atuar dentro de uma lógica de complexidade das ações requerida pela VISAT. É preciso investir em programas de formação que tenham como referência as diretrizes de vigilância e as prioridades de diversos níveis.

A modo de ilustração cabe mencionar o processo de qualificação implantado no programa de vigilância em acidentes de trabalho no Estado de São Paulo, que visa ao aprimoramento das habilidades dos técnicos para as investigações e as intervenções que mudem as situações geradoras de tais acidentes. Para isso, os gestores e os profissionais contam com a parceria do Fórum de Acidentes de Trabalho: Análise, Prevenção e Aspectos Associados, coordenado por docentes das áreas de Saúde do Trabalhador do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (UNESP) e da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) (MINAYO-GOMEZ, 2013, p.23).

Uma das estratégias da PNSTT consiste no apoio ao funcionamento das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CIST) dos Conselhos de Saúde, nas três esferas do

SUS. Minayo-Gomez (2013) aponta que a representação dos trabalhadores nas CIST é tão frágil como qualquer outra forma de participação dos usuários no setor da Saúde. “Convivemos hoje com um baixo nível de mobilização das organizações de classe, o que repercute na pouca efetividade das estruturas de controle social para garantir a priorização de ações de atenção em saúde do trabalhador nos planos estaduais e municipais de saúde” (MINAYO-GOMEZ, 2013). Embora na maioria dos CEREST estaduais tenham sido implantadas, seria preciso analisar sua composição da CIST, suas agendas de trabalho e seu grau de participação, por exemplo, na formulação, no planejamento, no acompanhamento e na avaliação das ações de VISAT.

Assim como Chiavegatto e Algranti (2013), Minayo-Gomez (2013) também ressalta o importante suporte que o Ministério Público do Trabalho tem dado para auxiliar na melhoria das condições e dos ambientes de trabalho:

Frequentemente são verdadeiros promotores de articulações intersetoriais para formulação de demandas e adoção de medidas necessárias para enfrentar problemas de saúde de trabalhadores em diversos setores produtivos. São muitos os avanços obtidos em todo o território nacional a partir das numerosas audiências públicas realizadas, da enorme quantidade de Termos de Ajuste de Conduta (TAC) firmados com empresas e de ações civis públicas encaminhadas. Algumas considerações podem ser feitas a respeito dos riscos de se judicializar o enfrentamento dos conflitos sociais e sobre certo protagonismo do MPT na condução de ações para melhoria das condições de trabalho, mas é inquestionável a eficiente função que vem ocupando, sobretudo frente às limitações ou às deficiências dos órgãos públicos de fiscalização e de vigilância dos ambientes de trabalho (MINAYO-GOMEZ, 2013, p. 24).

As críticas relativas ao distanciamento entre serviços e academia tanto na produção de conhecimento, como de subsídios operacionais que contribuam para que a RENAST possa desempenhar com maiores fundamentos a sua missão, são inúmeras. No entanto, Minayo-Gomez (2013) aponta que pesquisadores e docentes, sobretudo de universidades públicas, imbuídos do senso de responsabilidade, empenham-se em desenvolver análises de situações e pesquisas básicas ou operacionais que expliquem cientificamente as origens e as dimensões dos problemas de saúde dos trabalhadores.

Vários autores reconhecem as limitações da política de recursos humanos da RENAST (MINAYO-GOMEZ, 2013; LACAZ, 2005; COSTA et al., 2013):

Esse é um problema crônico que afeta também outros setores do estado brasileiro e particularmente da saúde que se encontram longe de conformar um estado moderno. Carecemos de um quadro qualificado, suficiente e estável de profissionais de carreira que garanta a institucionalidade de

políticas e práticas, assim como as mudanças de diretrizes que se fizerem necessárias (MINAYO-GOMEZ, 2013, p.24).

Por fim, Minayo-Gomez (2013) reconhece que a promulgação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora representa um passo importante para a saúde dos trabalhadores e trabalhadoras. Porém, afirmam que deparamo-nos hoje com um terreno árduo para a implementação e gestão de ações efetivas e aplicação das diretrizes previstas. Para que a política se torne uma prática deve haver um empenho coletivo de todos os atores no estabelecimento de pactos entre instituições públicas, centros acadêmicos e instâncias organizativas da sociedade civil. “É um imenso desafio a ser enfrentado com realismo e dedicação por todos os que acreditam ser possível investir em uma classe trabalhadora com mais saúde, mais ciente de seus direitos e mais participante na sua conquista” (MINAYO-GOMEZ, 2013, p.24).

1.4 Estudos no campo da Saúde Mental e do Trabalho

As inter-relações entre trabalho, adoecimento psíquico e impacto dos aspectos subjetivos do trabalho sobre os indivíduos são o foco do campo de estudos da Saúde Mental e Trabalho (LANCMAN, 2007, p. 271). As complexas questões que permeiam essa área fazem com que exista a necessidade de um diálogo constante entre várias disciplinas, sejam elas representadas por estudos básicos do conhecimento (como a Fisiologia, a Neurologia, a Medicina Psicossomática) ou ilustradas por estudos que tenham foco nos processos mentais ou na dinâmica saúde-doença nos ambientes de trabalho (como a Medicina do Trabalho, a Psicologia do Trabalho, a Ergonomia, a Psicanálise), bem como aqueles ligados direta e estritamente ao trabalho humano (como as Ciências Sociais, a Filosofia) (PAPARELLI, 2009).

Do ponto de vista acadêmico, a partir da década de 1980, multiplicaram-se os estudos sobre Saúde Mental e Trabalho em diversas categorias profissionais (bancários, professores, profissionais da saúde, operadores de *telemarketing*, entre outras), utilizando-se os diversos aportes teórico-metodológicos (MOULIN; MORAES, 2010). Atualmente, a Teoria do Estresse, a Psicodinâmica do Trabalho e a Teoria do Desgaste Mental são as três principais correntes teórico-metodológicas que têm predominado como base para os estudos da Saúde Mental e Trabalho (SELIGMANN-SILVA, 2003).

Mesmo partindo de concepções teóricas diferentes, todas as abordagens colocam em evidência a importância do trabalho na constituição do indivíduo. O trabalho é um dos grandes alicerces da formação do sujeito e sua rede de significados e, além disso, serve como fator de pertinência a grupos (LANCMAN, 2007). Para Lancman e Ghirardi (2002), o trabalho constitui as redes de relações sociais e trocas afetivas e econômicas, as quais são a base da vida cotidiana das pessoas. Além disso, possui papel central na formação dessas redes na vida adulta, o que implica diretamente na inserção social dos indivíduos, bem como contribui para a construção da identidade do sujeito. Essa constituição da identidade é compreendida

[...] como um processo que se desenvolve ao longo de toda a vida do indivíduo e que está vinculado à noção de alteridade. É a partir do olhar do outro que nos constituímos como sujeito, é na relação com o outro que nos reconhecemos num processo de busca de semelhanças e diferenças. São as relações cotidianas que permitem a construção da identidade individual e social, e é a partir de trocas materiais e afetivas que o sujeito vai estar ao longo de toda a vida constituindo sua singularidade, em meio a diferenças (LANCMAN; GHIRARDI, 2002, p. 45, grifo do autor).

O trabalho influencia outras esferas da vida, além do seu espaço restrito. O desenvolvimento da identidade e a transformação do sofrimento em prazer ocorrem nas relações de trabalho, pelo olhar do outro, pela valorização. Quando esse reconhecimento não acontece, quando o indivíduo não encontra sentido e espaço para exercer sua criatividade e é obrigado a anestesiar sua inteligência no cotidiano do trabalho, seu sofrimento passa a refletir fora do ambiente laboral (LANCMAN, 2007).

O trabalho também permite que o mundo externo do trabalhador com suas lógicas, desafios, regras e valores, entre em confronto com a singularidade de cada um. Esse conflito entre relações e organizações do trabalho e o mundo interno dos trabalhadores é gerador de sofrimento psíquico, mas também promove o crescimento e o desenvolvimento psicossocial do adulto (LANCMAN; GHIRARDI, 2002). Dessa forma, “(...) o trabalho e as relações que nele se originam nunca podem ser tomados como um espaço de neutralidade subjetiva ou social” (LANCMAN, 2007, p. 275).

Inúmeras pesquisas têm se preocupado em melhorar a produtividade dos trabalhadores na empresa, partindo das condições e organização do trabalho, mas poucas voltam o olhar para o conteúdo simbólico do trabalho, sobre a relação subjetiva entre trabalhador e atividade, abordando o sofrimento e o desgaste gerado pelo trabalho e suas implicações sobre a vida física e psíquica dos indivíduos. Para que a intervenção em situações de trabalho que geram

sofrimento seja efetiva, é preciso entender a influência da organização do trabalho na qualidade de vida dos trabalhadores, mas, também, é necessário que a atuação se volte para a escuta da empresa, mas principalmente dos trabalhadores, criando espaços de reflexão, pois é a partir dela que o indivíduo pode se apropriar da realidade de trabalho e pensar sobre a relação entre trabalho e saúde (LANCMAN; GHIRARDI, 2002).

O modelo isolado de intervenção de disciplinas e campos de conhecimento está esgotado. O cenário de todos os agravos e dos adoecimentos psíquicos, em particular, devem ser os aspectos sociais e do trabalho contemporâneo, com sua perda de direitos sociais e trabalhistas, suas crises econômicas e desemprego. Dessa forma, essa articulação entre vários setores da sociedade civil e governamentais deve fomentar a construção de políticas públicas que tenham o intuito de elaborar ações de prevenção, assistência e reabilitação profissional. Para isso, é de fundamental importância que se desenvolvam pesquisas que tenham como foco a relação entre adoecimento, desgaste, sofrimento mental e trabalho e, também, investigações que evidenciem a eficácia de medidas de prevenção adotadas, somadas aos estudos das políticas públicas ligadas à saúde mental relacionada ao trabalho (SELIGMANN-SILVA et al., 2010).

2. RETORNO AO TRABALHO

2.1 Apontamentos sobre retorno e permanência no trabalho

Os trabalhadores que adoeceram e foram afastados das atividades laborais, por vezes, encontram uma série de obstáculos que dificultam o processo de retorno ao trabalho (LANCMAN et al., 2013). Quando uma pessoa retorna ao trabalho, ela deve regressar na função de origem ou em uma função compatível (nos casos de restrições por motivos de saúde/doença). O sucesso ou fracasso desse processo vai depender da forma como o retorno é conduzido pela instituição e se inclui a participação do trabalhador e dos serviços de saúde. Porém, outros fatores importantes também irão influenciar, como a capacidade laborativa do trabalhador naquele momento, as condições e a organização do trabalho, a boa receptividade, ou não, dos colegas de trabalho, a disponibilidade de postos de trabalho, entre outros (LOISEL et al., 1994; ARNETZ et al., 2003).

Todos esses aspectos evidenciam que o êxito das ações nessa temática de retorno e permanência no trabalho está relacionado com o envolvimento de diversos órgãos, campos, profissionais e atores sociais, que devem direcionar suas ações em torno de um eixo comum e coletivamente predefinido (LANCMAN et al., 2013, p.137).

Existem alguns pressupostos teóricos que norteiam os temas da reabilitação profissional e do retorno e permanência no trabalho. Um deles diz que a reabilitação é um processo global e coletivo, que não deve fechar a atenção apenas para adequar o indivíduo ao posto de trabalho, mas deve transformar as situações de trabalho para garantir a permanência de maneira saudável. O outro defende que se promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação profissional, retorno e permanência no trabalho forem tratados como etapas do mesmo processo, é possível quebrar o círculo vicioso: trabalho patogênico – aumento do número de afastamentos – dificuldade de reinserção – sobrecarga de quem permanece trabalhando – novos afastamentos (LANCMAN et al., 2013).

“A problemática dos adoecimentos, afastamentos e do retorno ao trabalho, tem sido tratada, ao longo da história, de maneira desarticulada entre as instâncias governamentais (federal, estaduais e municipais) responsáveis e as empresas” (LANCMAN et al., 2013, p.138). Isso fica visível quando se identifica que a responsabilidade pela política de saúde do trabalhador se alterou ao longo da história. Primeiro, esteve vinculada ao Ministério do Trabalho e Emprego e ao Ministério da Previdência Social. Então, a partir da criação do SUS

e da Lei Orgânica da Saúde, o Ministério da Saúde assumiu a coordenação das ações nessa área (DIAS, 1993).

Atualmente, é previsto que o SUS integre todas as ações que antes estiveram dispersas por vários níveis de atenção e esferas do governo. Porém, algumas ações ainda se concentram em outros Ministérios, como aquelas relacionadas à vigilância do trabalho (Ministério do Trabalho) ou à reabilitação profissional (Ministério da Previdência Social) (LANCMAN et al., 2013). Ao tratar separadamente aspectos que são indissociáveis, fica evidente a precariedade com que o poder público trata questões relativas à saúde do trabalhador (SIMONELLI et al., 2010).

Para Lancman et al. (2013), esse quadro revela uma política que pouco define responsabilidades em relação à manutenção ou realocação do trabalhador no mercado de trabalho, refletindo em modelos pouco resolutivos e que geram um verdadeiro “jogo de empurra-empurra” (LANCMAN et al., p.139) entre órgão público e empresas. Ao final, é penalizado o sujeito mais vulnerável de todo o processo: o trabalhador.

2.2 Reabilitação Profissional e Readaptação de Função

Em 1943, foi determinado pela Portaria nº 83 do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, o dever dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) de organizar serviços de readaptação e reeducação dos servidores e aposentados por invalidez (o que ocorreu somente em alguns IAPs de São Paulo e Minas Gerais) (SOARES, 1991). Após 1945, a previdência social passou por um processo de redemocratização e a Organização Internacional do Trabalho (OIT) definiu a seguridade social com uma concepção ampliada para além dos benefícios tradicionais, o que culminou na criação da Lei Orgânica da Previdência Social, em 1960 (BRASIL, 1960), que, no que diz respeito à legislação referente aos IAPs, unificou o sistema previdenciário a todos os trabalhadores em regime de CLT (Consolidação das Leis do Trabalho). Uma das atribuições incorporadas à LOPS foi a assistência reeducativa e a readaptação profissional aos segurados que recebessem auxílio-doença, pensionistas inválidos e aposentados. O caráter assistencialista era evidente porque as medidas de assistência eram efetivadas pela Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR) e outras entidades do gênero, todas subsidiadas pela previdência social (SOARES, 1991).

De acordo com Maeno, Takahashi e Lima (2009), o termo “reabilitação profissional” usado no Decreto-Lei nº 48.959 de 1960 (BRASIL, 1960) foi usado para designar práticas de

assistência educativa e readaptação profissional aos beneficiários da previdência quando doentes, física ou mentalmente, a fim de proporcioná-los meios e condições adequadas para trabalhar. Ao considerar a necessidade de integração das atividades componentes da reabilitação profissional, esse Decreto determinava que os setores de assistência médica, de manutenção de benefício e os Centros de Reabilitação Profissional deveriam trabalhar articuladamente (MAENO; TAKAHASHI; LIMA, 2009).

Em 21 de novembro de 1966, por meio do Decreto-Lei nº 72, os IAP passaram a constituir o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS (BRASIL, 1966). Em 1977, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Este órgão centralizava as atividades médico-assistenciais e de reabilitação, sendo essas compreendidas pela reabilitação física, profissional e tratamento médico-cirúrgico. Isso se deu até junho de 1990, quando o Decreto nº 99.350/1990, através da fusão do INPS com o Instituto de Administração Financeira da Previdência (IAPAS), criou o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), órgão responsável por gerenciar as contribuições sociais destinadas ao financiamento da previdência social e assegurar ao trabalhador o direito ao recebimento dos benefícios, porém, não mais prevendo a assistência à saúde até então realizada pelo INAMPS (SOARES, 1991), como já colocado.

O Programa de Reabilitação Profissional do INSS

De acordo com a Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, o INSS é o órgão responsável pela reabilitação profissional dos segurados. Bregalda e Lopes (2011) compreendem que a reabilitação profissional destina-se ao processo de retorno ao trabalho de indivíduos que dele foram afastados por doença ou acidente, sendo que as intervenções são variadas e compostas por diversos atores.

Nos anos de 1990, o Plano de Modernização da Reabilitação Profissional (Decreto nº 2.172, de 5 de março de 1997) representou um importante sucateamento da reabilitação profissional do Instituto, enxugando o quadro de recursos humanos e determinando o fim de qualquer atividade terapêutica das equipes (BRASIL, 1997; MAENO; TAKAHASHI; LIMA, 2009).

O Decreto nº 3.048, de 06 de maio de 1999, que regulamenta a previdência social brasileira, determina as principais atribuições da reabilitação profissional, sendo elas (BRASIL, 1999):

- a) Avaliação do potencial laborativo do segurado;
- b) Orientação e acompanhamento da programação profissional;
- c) Articulação com a comunidade, para parceiras e convênios;
- d) Acompanhamento e pesquisa de fixação após retorno do segurado ao mercado de trabalho.

O referido Decreto determina, ainda, que as atribuições listadas acima devem ser executadas preferencialmente por equipes multiprofissionais, compostas por médicos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicólogos e profissionais de área afins (BRASIL, 1999).

Iniciado em 2001, o Programa de Reabilitação Profissional do INSS é o único serviço oficial de reabilitação profissional voltado para trabalhadores inseridos no mercado de trabalho formal. O objetivo geral do Programa é promover o retorno ao trabalho do segurado incapacitado (por acidente ou motivo de doença), proporcionando meios de reeducação ou readaptação profissional. A reabilitação dos trabalhadores no aspecto clínico não faz parte do escopo de ações do Programa (TAKAHASHI, 2006; LANCMAN et al., 2013).

A perícia médica, como um todo, ao avaliar que um segurado possui potencial para o retorno ao trabalho, porém em função diversa da habitual ou na mesma função com restrições, pode realizar o encaminhamento para o Programa de Reabilitação Profissional do Instituto, observando-se também outros critérios, como a estabilização do quadro clínico dos segurados (BREGALDA, 2012, p.54).

Segundo Maeno, Takahashi e Lima (2009) a reabilitação profissional atua sobre os casos em que a incapacidade e as restrições são avaliadas pela perícia médica como de longa duração. O Programa busca favorecer o retorno do segurado à sua empresa de origem, numa função compatível (SIMONELLI et al., 2010).

Após indicação para o Programa de Reabilitação, o segurado passa por uma entrevista inicial e realiza a primeira perícia no setor, que vai avaliar seu potencial laborativo e decidir sobre sua elegibilidade para participação ou não no Programa (BREGALDA; LOPES, 2011). Quando o segurado é considerado elegível, iniciam-se os contatos com a empresa de vínculo para retorno ao trabalho e, também, para preparação do segurado para trabalhar numa função diferente ou na de origem, porém, com restrições. Esse processo, não raro, passa por questões de investimento em qualificação profissional ou elevação da escolaridade do segurado (SIMONELLI et al., 2010; BREGALDA; LOPES, 2011).

Tendo a empresa indicado a função disponível para receber o trabalhador reabilitado, a equipe do Programa avalia a compatibilidade e o segurado é convidado a colocar sua posição e opinião sobre ela. Estando todos de acordo, o segurado inicia um treinamento na função indicada, que pode durar 30 dias ou mais, dependendo da necessidade (BREGALDA, 2012).

Esse processo de reinserção suscita várias questões e acontecem diversas intercorrências, que vão desde uma piora do estado geral de saúde do segurado até o descumprimento por parte da empresa com relação às atividades que tinham sido combinadas. A equipe do Programa, então, guiada pelo compromisso de auxiliar o reabilitado no retorno ao trabalho, intervém no sentido de construir estratégias junto ao segurado e à empresa, seja para construir um processo de retorno na empresa de origem ou, até mesmo, em outra empresa, quando o retorno na primeira se torna inviável (BREGALDA; LOPES, 2011).

Ao final do treinamento, a empresa envia relatórios de avaliação e de frequência ao Programa de Reabilitação Profissional, dando um parecer sobre a aptidão ou inaptidão do trabalhador à função. Se ele for considerado apto, agenda-se um novo atendimento, para que o segurado exprima sua opinião sobre o processo. Havendo concordância dele e da equipe do Programa quanto à avaliação emitida pela empresa de vínculo, imprime-se o “Certificado de Reabilitação Profissional” e automaticamente o segurado é desligado do Programa e tem seu benefício auxílio-doença suspenso, o que representa seu retorno às atividades de trabalho (BREGALDA; LOPES, 2011). O INSS, então, passa a responsabilidade pela manutenção do segurado no emprego para a empresa e para o próprio trabalhador (CANNALONGA, 2009).

No caso de o trabalhador ser considerado inapto, primeiro busca-se o entendimento do ocorrido e, se avaliado que não foram oferecidas condições favoráveis à reabilitação do segurado, trabalha-se para a construção de estratégias que viabilizem o retorno do trabalhador em outra função (isso se trabalhador e empresa estiverem disponíveis para tal). Quando não há possibilidade, na maioria das vezes opta-se pela realização de atividades de qualificação profissional em área de interesse do segurado, que pode ter relação ou não com a função ou ramo de atuação na empresa (BREGALDA; LOPES, 2011).

O Programa não prevê o acompanhamento do desenvolvimento do trabalho autônomo do segurado na área de atuação para a qual se qualificou, tampouco se responsabiliza pela efetiva inserção no mercado formal de trabalho; realiza-se somente uma Pesquisa de Fixação para acompanhamento de sua inserção no mercado após o desligamento do Programa. É feito contato com as empresas para acompanhar como elas avaliam o desempenho de seus funcionários reabilitados e são solicitados dois retornos do segurado ao setor de Reabilitação

Profissional ao longo de um ano após seu desligamento do Programa. Esses retornos devem fornecer subsídios para a avaliação do Programa (BREGALDA; LOPES, 2011).

A falta de recursos materiais e humanos nos serviços previdenciários e de saúde aponta para um sistema precário, insuficiente e incapaz de abarcar uma demanda tão complexa. Um exemplo atual é a lentidão para realização das perícias médicas do INSS e, conseqüentemente, para o encaminhamento de casos considerados elegíveis para o Programa de Reabilitação Profissional, que, por sua vez, possui fila de espera para atendimento (LANCMAN et al., 2013).

Para Lancman e Ghirardi (2002), o ponto final do processo de reabilitação profissional deveria ser o retorno ao trabalho. Porém, o que se nota é que, na prática, acontece um processo de exclusão dos trabalhadores vitimados. De acordo com essas mesmas autoras, no processo de reintegração desses trabalhadores é possível notar questões de desvalorização ou supervalorização da capacidade individual quando esses sujeitos são colocados ou realocados em novos postos de trabalho, o que implica em uma nova busca e reconstrução da identidade e mudança de relações com outros trabalhadores, entre outros aspectos.

“A saúde do trabalhador, incluindo a reabilitação profissional, ainda é um direito constitucional a ser conquistado na prática” (MAENO; VILELA, 2010, p.93). A Perícia Médica e a Reabilitação Profissional são ambas subordinadas à Seção de Saúde do Trabalhador do INSS, porém, Maeno, Takahashi e Lima (2009) afirmam que não atuam de forma integrada entre si, tampouco com órgãos governamentais. A Reabilitação Profissional, então, acaba sendo resumida meramente ao encaminhamento burocrático dos segurados para suas empresas de vínculo.

Maeno e Vilela (2009) alertam que, para superar os impasses da Reabilitação Profissional, é preciso pensar em práticas de prevenção de agravos em todos os níveis de intervenção. Segundo os mesmos autores, se a integração entre saúde, trabalho e previdência é de difícil consolidação, a desejada ação intersetorial mais ampla, envolvendo, por exemplo, setores da educação, da economia e do meio ambiente, permanece muito distante da realidade. Maeno, Takahashi e Lima (2009) referem que a separação entre as atribuições da reabilitação profissional e aquelas da reabilitação física e psicossocial aponta para a artificialidade dessa divisão entre áreas que estão diretamente imbricadas.

O processo de Readaptação de Função

Assim como a reabilitação profissional, a readaptação de função acontece dentro dos setores público e privado. No Estado de São Paulo, o Estatuto dos Funcionários Públicos Civis do Estado (SÃO PAULO, 1968) prevê, por meio da Lei nº 10.261, de 28 de outubro de 1968, que os servidores podem passar por processo de Readaptação Funcional quando adoecem ou se acidentam e passam a sofrer com limitações físicas ou mentais. Porém, o documento apresenta apenas dois artigos. A saber:

Artigo 41 - Readaptação é a investidura em cargo mais compatível com a capacidade do funcionário e dependerá sempre de inspeção médica.

Artigo 42 - A readaptação não acarretará diminuição, nem aumento de vencimento ou remuneração e será feita mediante transferência (SÃO PAULO, 1968).

Segundo Azetuno (2012), no processo de Readaptação Funcional, o servidor readaptado passa a ocupar um cargo de atribuições e responsabilidades compatíveis e possíveis de desempenhar levando-se em conta suas atuais limitações. Para que o servidor passe a realizar outras atividades é preciso que o novo cargo atenda as mesmas exigências do anterior no que diz respeito à habilitação exigida, ao nível de escolaridade e equivalência do vencimento. Quando não há uma vaga compatível disponível, o servidor pode exercer suas atribuições como excedente, até que uma vaga seja disponibilizada (AZETUNO, 2012).

Arbex, Souza e Mendonça (2013) explicam que a readaptação não pode se manter focada apenas nos fatores biomédicos e nos distúrbios clínicos do trabalhador. Mais do que pensar na causa do adoecimento, é preciso compreender o processo de ruptura sofrido pelo trabalhador e refletir sobre o sentido do afastamento do trabalho. Segundo os mesmos autores, é preciso, ainda, que a readaptação de função seja entendida como um indicador do processo de precarização do trabalho e degradação da saúde dos servidores.

Nunes, Brito e Athayde (2001) e Arbex, Souza e Mendonça (2013), em seus estudos, revelam a ausência de uma política pública nacional de saúde do trabalhador que se volte, especificamente, ao retorno e à inclusão de readaptados nos postos de trabalho das esferas federal, estadual e municipal.

De acordo com Arbex, Souza e Mendonça (2013) é preciso cuidar para que a readaptação não seja tomada com um processo individual de adoecimento no trabalho. Os autores reforçam que este é um problema de saúde coletiva que deve prezar pela extinção do caráter de culpabilização do trabalhador pelo seu adoecimento. Brant e Minayo-Gomez

(2009) reforçam que se o sofrimento é visto somente como algo decorrente do próprio sujeito, o trabalhador acaba sendo culpabilizado pelas suas vivências.

De qualquer maneira, seja pela readaptação ou reabilitação, o retorno e a reinserção no trabalho possuem um importante significado na vida dos trabalhadores, uma vez que o afastamento por motivos de saúde gera uma nova condição laboral, social e simbólica: a de readaptado. O trabalhador, então, passa a vivenciar relações singulares no ambiente de trabalho, e possíveis sentimentos de frustração, fracasso e perda (NUNES; BRITO; ATHAYDE, 2001).

2.3 NR 4: Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho

A Portaria nº 3.214, de 08 de junho de 1978 (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 1978), aprova as Normas Regulamentadoras (NRs) da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) – Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943 (BRASIL, 1943). Com redação dada pela Lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977 (BRASIL, 1977), foram aprovadas 28 NRs, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho.

As Normas Regulamentadoras direcionam ações e obrigações das empresas públicas e privadas, principalmente no que diz respeito à proteção da saúde dos trabalhadores e às medidas de prevenção, controle e eliminação de riscos inerentes ao trabalho. Esse mesmo direcionamento é dado a todos os órgãos públicos e dos Poderes Legislativo e Judiciário que possuam empregados trabalhando em regime de CLT (BRASIL, 1978).

Uma das garantias da proteção à saúde do trabalhador no local de trabalho é a NR 4. Esta seção é dedicada a explicitar tal NR, portanto, todo seu conteúdo é baseado na referida Norma.

A NR 4 normaliza que todas as empresas que possuem empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) devem proteger a integridade e a saúde do trabalhador no local de trabalho. Para isso, empresas públicas ou privadas e órgãos públicos da administração direta e indireta e dos poderes Legislativo e Judiciário são obrigados a manter Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMTs) (BRASIL, 2007).

De acordo com a NR 4, os SESMTs devem ser compostos pela seguinte equipe de profissionais especializados: Médico do Trabalho, Engenheiro de Segurança do Trabalho, Técnico de Segurança do Trabalho, Enfermeiro do Trabalho e Auxiliar de Enfermagem do

Trabalho. Esses profissionais devem ser contratados como empregados da empresa. O número de profissionais por equipe é estabelecido dependendo do número total de empregados do estabelecimento e da gradação do risco da atividade principal, instituída por este documento. O quadro 1 apresenta a equipe de profissionais do SESMT que as empresas devem apresentar, de acordo com o número de empregados e grau do risco da atividade principal.

A Norma Regulamentadora em questão coloca que as empresas que não se encaixam nesse quadro ou não possuem Médico do Trabalho e/ou Engenheiro de Segurança do Trabalho poderão dar assistência em segurança e medicina do trabalho a seus empregados através de SESMTs comuns, organizados pelo sindicato ou associação da categoria econômica correspondente ou pelas próprias empresas interessadas. Existe, também, a opção dessas empresas recorrerem ao SESMT de instituição oficial ou privada de utilidade pública. A manutenção desses SESMTs deverá ser feita pelas empresas usuárias, que participarão das despesas em proporção ao número de empregados de cada uma.

Quadro 1 - Dimensionamento dos SESMTs

Grau de Risco	Nº de empregados no estabelecimento	50 a 100	101 a 250	251 a 500	501 a 1.000	1.001 a 2.000	2.001 a 3.500	3.501 a 5.000	Acima de 5.000
	Técnicos								
1	Técnico Seg. Trabalho				1	1	1	2	1
	Engenheiro Seg. Trabalho						1*	1	1*
	Aux. Enferm. do Trabalho						1	1	1
	Enfermeiro do Trabalho							1*	
	Médico do Trabalho					1*	1*	1	1*
2	Técnico Seg. Trabalho				1	1	2	5	1
	Engenheiro Seg. Trabalho					1*	1	1	1*
	Aux. Enferm. do Trabalho					1	1	1	1
	Enfermeiro do Trabalho							1	
	Médico do Trabalho					1*	1	1	1
3	Técnico Seg. Trabalho		1	2	3	4	6	8	3
	Engenheiro Seg. Trabalho				1*	1	1	2	1
	Aux. Enferm. do Trabalho					1	2	1	1
	Enfermeiro do Trabalho							1	
	Médico do Trabalho				1*	1	1	2	1
4	Técnico Seg. Trabalho	1	2	3	4	5	8	10	3
	Engenheiro Seg. Trabalho		1*	1*	1	1	2	3	1
	Aux. Enferm. do Trabalho				1	1	2	1	1
	Enfermeiro do Trabalho							1	
	Médico do Trabalho		1*	1*	1	1	2	3	1

Fonte: NR 4 – Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (BRASIL, 2007).

*tempo parcial de horas de trabalho (mínimo de três horas).

OBS: Hospitais, Ambulatórios, Maternidade, Casas de Saúde e Repouso, Clínicas e estabelecimentos similares (levando-se em consideração o dimensionamento com mais de 500 empregados) deverão contratar um Enfermeiro em tempo integral.

Ainda segundo a NR 4, as empresas obrigadas a constituir SESMTs devem exigir comprovantes da formação profissional de cada um dos membros da equipe desses Serviços. O Engenheiro de Segurança do Trabalho deve apresentar certificado de conclusão de curso em Engenharia ou Arquitetura e curso de especialização em Engenharia de Segurança do Trabalho (em nível de pós-graduação). Já o Médico do Trabalho deve ter concluído curso de especialização em Medicina do Trabalho (também em nível de pós-graduação) ou portar certificado de residência médica em área de concentração em Saúde do Trabalhador ou denominação equivalente, reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica, do Ministério da Educação. Ambas as pós-graduações só são válidas se forem ministradas em universidade ou faculdade que tenha curso de graduação em Medicina.

Para o Enfermeiro do Trabalho cabe comprovar a conclusão de curso de especialização em Enfermagem do Trabalho (nível de pós-graduação) que precisa ter sido ministrado, necessariamente, em universidade ou faculdade que mantenha curso de graduação em enfermagem. O Auxiliar de Enfermagem deve ser portador de certificado de conclusão de curso de qualificação de Auxiliar de Enfermagem do Trabalho, e esta qualificação deve ter sido realizada em instituição especializada, reconhecida e autorizada pelo Ministério da Educação. Por fim, ao Técnico de Segurança do Trabalho cabe comprovar Registro Profissional expedido pelo Ministério do Trabalho.

A NR 4 também fala sobre os compromissos das equipes dos SESMTs. Os profissionais que compõem as equipes dos SESMTs possuem responsabilidades e atribuições que são comuns a todos eles. Cabe aos integrantes desses Serviços aplicar os conhecimentos de Engenharia de Segurança e de Medicina do Trabalho no ambiente de trabalho e em todos os seus componentes, incluindo máquinas e equipamentos, a fim de reduzir e eliminar os riscos existentes à saúde do trabalhador. Quando solicitado, é cabível, por exemplo, a colaboração do SESMT nos projetos e na implantação de novas instalações físicas e tecnológicas na empresa.

Compete aos profissionais do SESMT determinar que os trabalhadores utilizem Equipamentos de Proteção Individual (EPI), de acordo com o que é previsto pela NR 6 – Portaria nº 25, de 15 de outubro de 2001 (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2001), quando todos os meios conhecidos para eliminação de risco se esgotarem e o risco ainda persistir, mesmo que reduzido.

O SESMT deve manter um relacionamento permanente com a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) da empresa. Através de campanhas ou programas de duração

permanentes, esses Serviços devem promover a realização de atividades de conscientização, educação e orientação dos trabalhadores para a prevenção de doenças ocupacionais e acidentes do trabalho. Nessas campanhas e programas, é preciso esclarecer e conscientizar os empregadores estimulando-os em favor da prevenção. Além disso, é de responsabilidade dos SESMTs registrar e analisar, em documentos específicos, todos os acidentes ocorridos na empresa, com ou sem vítima, e todos os casos de doença ocupacional. Nesses documentos devem ser descritos: a história e as características do acidente e/ou da doença ocupacional, os fatores ambientais, as características do agente e as condições dos indivíduos acidentados ou com alguma doença ocupacional. Os dados de acidentes de trabalho, doenças ocupacionais e agentes de insalubridade devem ser registrados e atualizados mensalmente. Com esses dados, todos os anos, as empresas devem encaminhar um mapa contendo avaliação anual dos mesmos à Secretaria de Segurança e Medicina do Trabalho, através do órgão regional do Ministério do Trabalho.

É importante ressaltar que as atividades dos profissionais integrantes dos SESMTs são essencialmente preventivistas, mas não é vedado o atendimento de emergência, quando necessário. No entanto, em suas atividades, também está incluída a elaboração de planos de disponibilidade de meios que visem o combate a incêndios e o salvamento, de planos de controle de efeitos de catástrofes e, enfim, de imediata atenção a vítimas de qualquer outro tipo de acidente.

Os SESMTs devem ser registrados no órgão regional do Ministério do Trabalho. Para fazer o registro, o requerimento deve conter nome dos profissionais integrantes do SESMT, número de registro desses profissionais na Secretaria de Segurança e Medicina do Trabalho, horário de trabalho de cada um da equipe, número de empregados que trabalham na empresa, grau de risco das atividades e especificação dos turnos.

O cumprimento da NR é de responsabilidade da empresa, que deve assegurar o exercício profissional dos membros do SESMT a fim de concretizar tal responsabilidade. O impedimento do exercício profissional e o não cumprimento da NR configuram-se como infrações e, se comprovadas, abrem margem à aplicação das penalidades previstas na NR 28 (Portaria SSMT nº 33, de 27 de outubro de 1983).

Por fim, é importante ressaltar que, assim como outras NRs, a NR 4 passa por revisões e, às vezes, passa por alterações. Esta Norma já passou por 11 alterações/atualizações desde 1978. A primeira atualização foi em 1983 (Portaria SSMT nº 33, de 27 de outubro de 1983) e a última em 2009 (Portaria SIT nº 128, de 11 de dezembro de 2009). As alterações são

representadas, por exemplo, por mudanças na redação de artigos ou, até mesmo, na reavaliação e mudança de grau de risco de certas atividades.

3. TRABALHADORES E SUAS HISTÓRIAS DE RETORNO E PERMANÊNCIA NO TRABALHO

3.1 O SESMT da Prefeitura Municipal em questão

Antes de apresentar os trabalhadores e suas histórias de retorno e permanência no trabalho, optou-se por descrever o SESMT da Prefeitura que emprega os participantes dessa pesquisa. Para maior aprofundamento na descrição, realizou-se uma entrevista semiestruturada com dois funcionários que compõem a equipe de profissionais do SESMT, a fim de conhecer e entender a dinâmica e organização deste serviço. A entrevista foi realizada com autorização da Secretaria de Administração e Gestão de Pessoal da Prefeitura.

De acordo com os profissionais entrevistados, a Prefeitura a qual nos referimos possui cerca de 4.500 servidores e todos podem usufruir dos serviços do SESMT. A equipe de profissionais do serviço, no período da coleta de dados, era formada por dois técnicos de segurança do trabalho, um médico do trabalho, um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem. Segundo um dos entrevistados, nesta equipe, existe carência de três técnicos de segurança do trabalho e um engenheiro de segurança do trabalho, que só podem ser contratados por meio da abertura de concurso público.

Além de desempenhar atividades de vigilância e segurança no trabalho, o SESMT realiza atendimentos ambulatoriais, em alguns casos. O ambulatório é composto por um médico do trabalho, um enfermeiro do trabalho e uma auxiliar de enfermagem do trabalho. Um dos exames feitos pelo SESMT é o exame admissional, ao qual todos os funcionários contratados são submetidos. Esse exame é feito tendo como parâmetro os riscos que o trabalhador está exposto. Periodicamente, os sujeitos passam por novos exames, como explica o profissional do SESMT na fala abaixo:

[...] toda contratação que é feita é necessário que o servidor passe por exame admissional. Esse exame depende do que está prescrito no PCMSO que é o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, que define o tipo de exame que a pessoa vai fazer, os riscos que ela está exposta e a partir dos riscos é feito esse controle dos exames que vão ser feitos quando ele entra. Depois que ele entra, a Prefeitura tem exames periódicos; depende da função, pode ser feito uma vez por ano ou a cada dois anos; também é determinado pelo PCMSO [...].

O ambulatório também realiza o exame demissional quando o servidor vai se desligar do trabalho. Segundo o entrevistado, são realizados os mesmos exames que foram feitos na

admissão, para certificar que o trabalhador não adquiriu nenhuma doença ocupacional enquanto esteve em exercício.

Além desses exames, também é feito o exame de retorno ao trabalho. Todo trabalhador que se afasta por mais de 30 dias, quando retorna às atividades, passa por consulta com o médico do trabalho. No depoimento abaixo, o profissional reforça que o trabalhador que se afasta por menos de 30 dias, não passa pelo médico do trabalho e volta para as atividades sem fazer exame de retorno:

Quando ele [o trabalhador] se afasta 15 dias somente, que está por responsabilidade da Prefeitura, ele pode retornar e não precisa passar pelo Médico. Agora, (...) se essa pessoa acontece dela ficar afastada de 25 dias, 28 dias e volta a trabalhar, ela também vai voltar direto [sem passar pelo médico do trabalho]. Mas se ela apresenta um atestado por esse mesmo motivo [mesmo CID], dentro de 60 dias, isso vai somar com o afastamento anterior. Se ela pegar três dias, vai somar. Aí, somando, ele passa pelo médico do trabalho.

O SESMT também se responsabiliza por fazer o acompanhamento dos casos de Readaptação de Função que chegam a eles. O entrevistado explica que a Readaptação de Função acontece quando um servidor deve retornar ao trabalho, porém, com restrições, devido a alguma limitação adquirida. Geralmente, a recomendação e as restrições são apresentadas em relatório feito pelo médico especialista, porém, na presente pesquisa, o único caso de readaptação foi prescrito pelo perito do INSS.

O relatório de recomendação para readaptação deve especificar quais são as limitações e as restrições do trabalhador. Esse relatório é entregue à Prefeitura e é aberto um requerimento de readaptação. É montado um processo com o histórico da doença ocupacional do trabalhador e ele é chamado a uma consulta com o médico do trabalho. O processo e o pedido de readaptação são enviados até o local de trabalho do servidor e fica sob responsabilidade dele negociar com a própria chefia e a Secretaria a qual pertence, como mostra o discurso a seguir:

Aí, isso é enviado até o campo do trabalho e vai ser discutido entre o servidor, a chefia e a Secretaria dele pra ver se tem como atender essa solicitação. A partir daí, ele se torna um servidor readaptado.

Durante a entrevista, falou-se sobre a relação do SESMT com outro setor da Prefeitura que também se dedica à atenção à saúde dos servidores – a Seção de Desenvolvimento e Acompanhamento ao Servidor:

Tem outras situações também de servidor que chega aqui por encaminhamento de chefia; a gente tem a Seção de Desenvolvimento e Acompanhamento ao Servidor, que é o SDAS; lá também chega através de queixas ou mesmo de solicitação de ajuda... Servidores dependentes químicos, de álcool e outras drogas. Aí, isso é avaliado lá em cima pela psicóloga, pela assistente social e quando há necessidade, elas encaminham aqui pra gente pra tá passando pelo médico do trabalho.

O profissional explica que SESMT e SDAS trabalham em conjunto na atenção ao servidor público municipal. A princípio, todos os casos chegam ao SDAS, principalmente queixas e advertências. O acolhimento é feito e uma psicóloga e uma assistente social avaliam se é necessário encaminhar para atendimento médico no SESMT.

Além disso, o SESMT, em parceria com os Alcoólicos Anônimos (AA), coordena um Grupo de Apoio Terapêutico (GAT) que, a princípio, foi criado para atender trabalhadores que fazem uso de álcool e outras drogas, independentemente se foram afastados das atividades de trabalho ou não. Geralmente, a chegada desses trabalhadores ao grupo acontece por indicação da própria chefia. O grupo acontece uma vez por semana e é mediado pela psicóloga do SDAS e pela auxiliar de enfermagem do SESMT. O profissional conta que os temas de debate que o grupo traz como demanda raramente abordam questões sobre o uso de drogas, e com frequência tratam sobre relacionamento com a família e, principalmente, relações pessoais de trabalho:

A gente vê que as dependências são inúmeras que levam a pessoa a utilizar o álcool. Então, a gente discute vários temas relacionados à família, mas, principalmente, sobre relacionamento interpessoal no campo de trabalho, que às vezes também tem essa questão do servidor não entender o chefe, o chefe não entende o servidor, e aí acaba gerando várias situações de desconforto no ambiente de trabalho.

Nesse contexto, foi perguntado aos entrevistados sobre a atenção que é dada aos trabalhadores que são afastados com diagnóstico de doença mental. Um deles respondeu que a atenção é dada, mas não há, por exemplo, acompanhamento dos servidores após retornarem ao trabalho. Outra observação feita foi a de que não é obrigação do SESMT realizar o encaminhamento do caso para profissionais da rede, mas cabe a orientação e a indicação aos serviços que devem ser procurados. O relato abaixo ilustra o vínculo que existe com a rede para atender os casos de trabalhadores afastados por Transtornos Mentais e do Comportamento:

Hoje, aqui na prefeitura a gente não tem nenhum tipo de acompanhamento específico, nem preventivo, nessa questão de saúde mental. Isso quando chega pra gente, já chega ou porque já tá tendo um número de faltas

excessivo, afastamentos específicos com o CID-F ou algum tipo de intercorrência, ou às vezes a pessoa não tá dando conta de trabalhar e a chefia percebe isso e entra em contato direto com a gente, mas não é feito nenhum tipo de trabalho preventivo. Os casos vêm por busca espontânea do servidor ou a chefia que tá com ele ali direto, que percebe que precisa ser acompanhado. Aí, isso vem pra gente em forma de ofício, solicitando avaliação médica. Aí, o servidor é convocado pra passar aqui. Passou aqui, aí a gente encaminha pra rede, que tem um serviço especializado, porque aqui a gente não tem como acompanhar, porque a gente não é um serviço especializado. Aí a gente faz essa ponte com o CAPS e o servidor é acompanhado pelo CAPS.

Na verdade, o que o entrevistado chamou de “encaminhar” refere-se a uma orientação que é dada ao servidor para procurar o serviço da rede, pois não é feito nenhum encaminhamento formal por escrito, tampouco é agendada alguma consulta.

Perguntou-se aos entrevistados se há comunicação entre SESMT e INSS e, em caso positivo, como se dá esse vínculo. A resposta é que não há uma relação direta entre os serviços, porém, existe comunicação por meio da Secretaria de Administração para casos em que o INSS precisa entrar em contato com o SESMT. O relato abaixo fala sobre essa comunicação:

Existe a comunicação, mas não é feita diretamente com o SESMT. É feita via Secretaria [de Administração]. O INSS, normalmente, manda pro SDAS: ‘olha, tem que readaptar’. Aí, mandam aqui pro SESMT, mas diretamente não. Se a Secretaria não passa pra cá, não ficamos sabendo.

Por fim, cabe ressaltar que a Prefeitura Municipal, que emprega os participantes deste estudo, primeiramente promovia Readaptação de Função apenas para servidores vinculados à Secretaria Municipal de Educação, como consta na Lei Municipal que estrutura e organiza a educação pública do município. Recentemente, a Prefeitura abriu espaço para a Readaptação em outras Secretarias Municipais e, desde então, todos os servidores podem passar por esse processo, quando necessário.

3.2 Caracterização dos trabalhadores

Os dados obtidos por meio da aplicação do Protocolo de informações pessoais, profissionais e referentes ao processo de afastamento e retorno ao trabalho, permitiram a caracterização dos participantes do estudo.

Os participantes desta pesquisa são trabalhadores da Prefeitura Municipal de uma cidade do interior do Estado de São Paulo que, no período de janeiro de 2008 a dezembro de

2012, foram afastados do trabalho com diagnóstico primário de Transtornos Mentais e do Comportamento por 30 dias ou mais e, após afastamento, conseguiram retornar às atividades de trabalho.

Dentre os participantes, cinco são do sexo feminino e dois do sexo masculino. A idade destes participantes varia entre 29 e 53 anos. Quanto ao estado civil, quatro são casados, uma é solteira e duas declararam “união estável”. Sobre a formação escolar, três possuem Ensino Médio Completo, outros três participantes declararam Ensino Superior Incompleto e uma participante relata ter Ensino Superior Completo e Pós-Graduação. Para melhor visualização destes dados, elaborou-se o quadro 2. A fim de manter a identidade dos sujeitos preservada, presou-se por manter suas funções em sigilo e apenas generalizá-las, para que não possam ser identificados:

Quadro 2 - Caracterização dos participantes da pesquisa

Participante	Sexo	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Profissão
S1	Feminino	46 anos	União estável	Ensino médio completo	Profissional da Saúde
S2	Feminino	53 anos	União estável	Superior incompleto	Auxiliar administrativo
S3	Feminino	29 anos	Casada	Ensino médio completo	Profissional da Saúde
S4	Feminino	38 anos	Casada	Superior completo e Pós-graduação	Profissional da Educação
S5	Masculino	46 anos	Casado	Ensino médio completo	Profissional da Construção Civil
S6	Feminino	45 anos	Solteira	Superior incompleto	Profissional da Educação
S7	Masculino	33 anos	Casado	Superior incompleto	Funcionário da Segurança Municipal

Fonte: elaboração nossa.

Além desses dados, identificou-se que apenas um dos participantes declarou ter passado por processo de Readaptação de Função (S4). Mas é possível notar que outros participantes passaram a exercer outras atividades após retorno ao trabalho, mesmo sem terem participado de processo de Readaptação Funcional (S1, S2 e S6), como ilustra o quadro 3:

Quadro 3 - Participantes que passaram por Processo de Readaptação de Função

Participante	Função	Passou por Readaptação de Função?	Atividade que desempenhava quando adoeceu	Atividade que desempenhou no retorno ao trabalho	Atividade atual
S1	Profissional da Saúde	Não	Profissional da Saúde	Profissional da Saúde	Auxiliar em departamento de compras da Prefeitura
S2	Auxiliar administrativo	Não	Recepcionista	Recepcionista	Recepcionista
S3	Profissional da Saúde	Não	Profissional da Saúde	Profissional da Saúde	Profissional da Saúde
S4	Profissional da Educação	Sim	Profissional da Educação	Profissional da Educação	Auxiliar administrativo
S5	Profissional da Construção Civil	Não	Serviços gerais	Profissional da Construção Civil	Profissional da Construção Civil
S6	Profissional da Educação	Não	Assessor administrativo	Assessor administrativo	Profissional da Educação
S7	Funcionário da Segurança Municipal	Não	Funcionário da Segurança Municipal	Funcionário da Segurança Municipal	Funcionário da Segurança Municipal (mudança de posto de trabalho)

Fonte: elaboração nossa.

Quanto aos diagnósticos primários de afastamento e período em que os trabalhadores se mantiveram longe das atividades de trabalho, encontrou-se a seguinte diversidade:

Quadro 4 - Diagnósticos primários dos participantes da pesquisa e período de afastamento

Participante	Período de Afastamento	Diagnóstico Primário
S1	60 dias	F32.3 – Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos
S2	30 dias	F31 – Transtorno Afetivo Bipolar
S3	30 dias	F48 – Outros transtornos neuróticos
S4	90 dias	F41 – Outros transtornos ansiosos
S5	30 dias	F32 – Episódios depressivos
S6	60 dias	F31 – Transtorno Afetivo Bipolar
S7	30 dias	F33.3 – Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos

Fonte: elaboração nossa.

Nota-se a prevalência dos Transtornos de humor (F31; F32; F32.3; F33.3), seguidos dos Transtornos neuróticos, transtornos relacionados ao *stress* e transtornos somatoformes

(F41 e F48). Dentre esses diagnósticos, nenhum deles é reconhecido como relacionado ao trabalho pelos Ministérios da Saúde e da Previdência Social.

Alguns autores consideram que os transtornos mentais representam uma das mais complexas situações a serem periciadas (MELO; ASSUNÇÃO, 2003; GONZAGA, 2006). Um estudo comparativo em duas Agências da Previdência Social da Gerência Executiva de Juiz de Fora (MG), discute questões sobre a prevalência de quadros ansiosos e depressivos na concessão de benefícios auxílio-doença. Os autores apontam que, para além das dificuldades em se diagnosticar quadros psiquiátricos, pode existir uma insuficiência de treinamento dos peritos médicos para a avaliação de trabalhadores com transtornos mentais e do comportamento. O perito médico, a depender de sua formação e conhecimento acerca da semiologia dos transtornos mentais e da psicopatologia, poderá valorizar certos sintomas que o segurado relata. A consequência disso é o registro frequente de determinados diagnósticos (SIANO; RIBEIRO; RIBEIRO, 2010).

3.3 Os sentidos do trabalho para os participantes

Antes de apresentar as discussões sobre os suportes que os participantes receberam durante o afastamento e retorno ao trabalho, optou-se por apresentar os sentidos do trabalho para os trabalhadores que participaram desse estudo, tendo como base a evidente centralidade do trabalho na vida das pessoas, discutida anteriormente no item 1 desta pesquisa, principalmente sob a ótica de Castel (2012) e Antunes (2005, 2009, 2011). Sustenta-se que essa centralidade se manifesta por meio dos discursos sobre os sentidos do trabalho.

Para abordar esse tema, tomou-se como ponto de partida o fato de que a maioria dos participantes não aponta diferenças em relação ao sentido do trabalho em suas vidas antes do afastamento e após o retorno ao trabalho. No caso, apenas dois participantes relataram que o sentido do trabalho e o olhar sobre ele mudaram após o episódio de afastamento que vivenciaram, como mostram os depoimentos a seguir.

S2: Era uma coisa que eu gostava, eu me sentia bem saindo de casa para trabalhar. Hoje, eu não posso dizer a mesma coisa. Hoje... Eu nunca me afastei nesse setor que eu estou agora, mas vontade de voltar pra lá eu não tenho. Inclusive, eu estou muito em dúvida em relação a um pedido de transferência, eu penso até em pedir minha conta; só não faço porque o psiquiatra acha importante que eu trabalhe, que eu tenha uma atividade certa, de levantar tal hora, me trocar, voltar, e ter aquele problema de horário certo. Se não fosse isso, eu acho que já não estaria mais. Eu gostava, eu adorava ir lá. Era estressante, tudo, mas eu gosto muito de ajudar as pessoas.

S3: [...] lógico que eu estava super envolvida antes desse problema todo. Pra mim era bom em tudo, tanto o trabalho como financeiramente. Depois que passa por isso, a gente já fica sem ter uma coisa boa pra falar do trabalho, depois dos problemas. Mas antes disso a gente estava trabalhando de boa, é muito bom, é muito gratificante trabalhar nessa área. Hoje... Você não tem vontade de voltar!

Os outros participantes apontaram que o sentido do trabalho em suas vidas não se alterou após o episódio de afastamento e retorno ao trabalho. Mas, foi possível perceber que o trabalho assume significados diversificados na vida dos participantes como, por exemplo, de realização pessoal, prazer, função social, principal forma de sustento, fonte de sociabilização etc.

Dois participantes consideraram que o trabalho tem sentido de realização pessoal, de prazer. Um deles (S6), inclusive, conta que não conseguir ou não poder trabalhar gera sofrimento:

S4: É se realizar profissionalmente (...). A partir do momento que você tá bem, é muito prazeroso, tem que ser! Senão, você tem que parar e pensar, refletir ‘será que é isso que eu devo fazer? Continuo? Mudo?’ Então, continua sendo prazeroso. O trabalho mexe muito com a vida da gente.

S6: Trabalhar é uma realização. Acho que é imprescindível na vida de qualquer pessoa. Eu acho que o trabalho te realiza em todos os sentidos (...). Eu adoro. Pra mim, é um prazer trabalhar. Eu sempre me dediquei ao trabalho, nunca foi uma obrigação trabalhar, eu vou super feliz, faço sempre mais do que eu posso fazer, e nunca foi um peso trabalhar (...). Eu fico muito feliz quando eu posso trabalhar e... Assim... Fico muito triste quando eu não posso. Quando termina a semana e eu fui a semana toda, sempre agradeço (...). Então, o trabalho pra mim não é um peso, é um prazer, porque eu faço o que eu gosto, então, eu tô bem feliz.

Um dos trabalhadores colocou o trabalho como um meio para conquistar outros objetivos e desejos, como mostra o discurso abaixo:

S1: Olha... Não é só o antes, porque tem o antes e tem o depois... É... É realização. O trabalho na vida de uma pessoa é uma realização, né? Porque é em cima do trabalho que reflete toda a sua vida. Se você trabalha, você sabe que você tem como almejar as suas expectativas, sem o trabalho não tem como. Eu tenho, não só antes do afastamento como depois, eu tenho uma lição de vida, que com os meus pais eu vi que a vida deles é só trabalho e eu dei continuidade a isso. A minha vida se resume em trabalho. A partir do trabalho que eu tenho minhas outras realizações. A gente prioriza o trabalho pra gente conseguir almejar o resto da vida, né? Eu estou a vinte anos trabalhando, eu almejo minha aposentadoria um dia.

O trabalho como função social, foi colocado por um dos trabalhadores da área da saúde. Ele define o sentido do trabalho como doação e conta ter um vínculo muito forte com as pessoas que atende:

S3: É um trabalho que a gente vê mais como... Eu não vejo tanto como trabalho, porque é uma doação tão grande! É como se fosse uma caridade (...). O envolvimento que você tem com a pessoa é muito forte, é um vínculo muito forte.

Outros trabalhadores definiram o trabalho como principal forma de sustento. Um deles (S3), tratou o trabalho como uma necessidade ou um dever. Outro (S7), de certa forma, considerou a estabilidade do trabalho no setor público como um privilégio, enquanto existe um grande número de desempregados do país:

S3: [...] é um trabalho gostoso, mas é muito estressante, bem estressante. Trabalhar, hoje, pra mim, é uma necessidade.

S5: Bom... Trabalho pra mim... Não é por ser um serviço num setor público... Pra mim sustentar minha família, é meu ganha pão [...].

S7: Ah... Pra mim, é questão de sobrevivência, na atual situação do nosso país... Assim... Tenho consciência do meu emprego, que muita gente luta pra ter um emprego público, num serviço público; dou muito valor, gosto do que faço (...). Eu dou muito valor, procuro fazer o melhor, gosto do que faço, como já falei, e dou muita importância ao serviço, ainda mais na situação do nosso país, muitos desempregados, a gente procura dar muito valor mesmo.

Finalmente, dois trabalhadores consideram o trabalho como um espaço de sociabilização. Um deles (S5) relata que, na contratação, passou por um tipo de treinamento, que o ajudou a trabalhar as relações interpessoais de trabalho. O outro (S6), gosta de promover a sociabilização por iniciativa própria, porque acredita que a integração dos funcionários torna melhor o ambiente de trabalho:

S5: Pra mim, o trabalho tem muita importância sim. A gente trabalha até integração. Quando eu entrei na minha função na Prefeitura, eu tive uma semana de treinamento, porque... Relacionamento interpessoal, pra gente respeitar os outros e também saber a hora de exigir o nosso direito, tanto quanto com as pessoas de fora, como com as pessoas do trabalho, chefia, essas coisas. Trabalho pra mim é isso.

S6: Adoro agregar as pessoas no trabalho, sabe? Pra ficar um ambiente bom, porque a gente passa a maior parte do tempo no trabalho. Então, eu sempre gosto de tá fazendo do trabalho um ambiente gostoso, então, sempre procuro fazer isso.

Tendo conhecido a centralidade e os sentidos do trabalho para os participantes dessa pesquisa, discutem-se os temas centrais que emergiram na coleta dos dados.

3.4 O trabalhador, o médico do trabalho e o perito do INSS: relações favorecedoras ou desfavorecedoras para o retorno ao trabalho?

Todos os participantes do estudo passaram pelo médico do trabalho (SESMT) da Prefeitura antes de retornar às atividades de trabalho, bem como passaram por perícia médica no INSS, ao menos uma vez, no momento do afastamento.

Dentro desse contexto, considera-se relevante a opinião dos próprios trabalhadores quanto a se sentirem aptos ou não para retornar às atividades laborais. O quadro 5 mostra que nem sempre o sujeito se sente pronto para retornar, mas, mesmo assim, deve retomar as atividades de trabalho.

Quadro 5 - Opinião dos participantes sobre sentir-se apto ou não para retornar às atividades de trabalho e decisão do médico do trabalho (SESMT)

Participante	O médico do trabalho considerou o participante apto a voltar às atividades de trabalho?	O participante se considerava apto para retornar às atividades de trabalho?
S1	Sim	Sim
S2	Sim	Não
S3	Sim	Sim
S4	Não	Não
S5	Sim	Sim
S6	Sim	Não
S7	Sim	Sim

Fonte: elaboração nossa.

Aos sujeitos que responderam não se sentirem aptos a voltar ao trabalho, foi questionado o porquê, e os resultados apontaram que eles não se sentiam curados, ou não se sentiam em condições de realizar certas tarefas, ou até mesmo não se sentiam em condições de cumprir a carga horária de trabalho exigida.

Nota-se que, no caso de S4, tanto o médico do trabalho quanto o servidor não estavam de acordo com o retorno ao trabalho. Porém, neste caso, o perito do INSS havia recomendado Readaptação de Função e, assim, o funcionário conseguiu retornar às atividades de trabalho sob a condição de readaptado, ocupando outro posto de trabalho equivalente à função inicial.

Quando questionados sobre como foi o retorno ao posto de trabalho, os resultados apontaram que o retorno foi natural, sem qualquer condição especial ou que tenha envolvido uma conversa com a chefia. O relato a seguir ilustra este resultado:

S2: Normal, sem dar satisfação pra ninguém. É bem na base da informalidade.

No caso de S4, que passou por Readaptação de Função, o trabalhador conta que ele mesmo negociou sua readaptação com a chefia, valendo-se apenas da carta de pedido de readaptação feita pelo perito do INSS e pelo médico do trabalho do SESMT. Sua fala demonstra que não há contato direto entre chefia e SESMT no processo de negociação e realocação do funcionário dentro de uma função equivalente, como já havia sido evidenciado nessa pesquisa, em entrevista com profissionais do SESMT:

S4: Eu fui direto na direção da escola para negociar minha readaptação para o começo do ano seguinte, já que não teria como ocorrer no fim do ano que retornei ao trabalho.

Todos os participantes relataram ter passado por atendimento administrativo de recepção e pericial do INSS. Nenhum dos participantes recebeu qualquer informação ou indicação sobre o Programa de Reabilitação Profissional do INSS, o que aponta para a discussão sobre quais são ou seriam os critérios de elegibilidade para participação no Programa.

Os trabalhadores consideram que a perícia do INSS é o maior obstáculo a ser enfrentado no período de afastamento do trabalho. Alguns deles tiveram o pedido de afastamento indeferido e passaram por más experiências, como ilustram as falas abaixo:

S1: Foi bem frio.

S3: Péssimo, humilhante. Você leva receita, medicamento e tem que ficar provando pro médico que tá doente.

Outros trabalhadores, mesmo considerando a perícia médica como um obstáculo a ser enfrentado, dizem que os atendimentos variam de acordo com o perito ou, ainda, dizem que é um processo tranquilo, como mostram os relatos abaixo:

S2: Varia dependendo do médico. Há médicos que não acatam a recomendação do psiquiatra. Passei por situações de ‘descaso’, mas não por todos os médicos.

S4: Simples. O médico conversa, olha os exames, afasta, e na perícia seguinte você recebe alta.

S5: Normal. Passei por três perícias com o mesmo médico. Ele leu as recomendações do psiquiatra e pronto.

S6: Fui muito bem atendida. O médico pergunta como está e segue o pedido médico.

S7: Tranquilo. Ele lê a carta do médico, conversa e dá alta ou afasta.

Ainda em relação aos esclarecimentos ou encaminhamentos realizados nas perícias feitas pelo INSS, os participantes são unânimes em apontar que o atendimento é somente o básico e não há esclarecimentos ou encaminhamentos para atendimentos médicos. Um dos participantes descreve como foram as perícias:

S3: Eles perguntam o básico: ‘por que você está afastado?’. Às vezes, não querem nem ler a cartinha que você entrega. Eles dão uma olhada, digita, você não conversa quase nada com o perito. É como se fosse uma coisa ‘hoje é só papel’. Ele olha seu papel, coloca lá e fala ‘olha, liberou dois meses’. Vai lá e faz isso. Só isso. Não tem mais que isso. Você não conversa, você não tem diálogo com eles.

Este mesmo participante apontou que, além das dificuldades em passar pela perícia médica do INSS, existe um obstáculo ainda maior que é o fato de ser afastado por um transtorno mental. O trabalhador relatou a experiência de “ter que provar” que está doente, para não ter o benefício indeferido pela perícia:

S3: Eu acho que a perícia é o mais difícil, porque a gente não se sente em condições de voltar, mas ter que provar que você não está bem e uma doença mental é muito difícil, porque ninguém entende. Só quem consegue me entender é o psiquiatra, o psicólogo e a terapeuta [ocupacional]. Fora disso, ninguém vai te entender. É muito difícil (...). É muito deprimente pra gente.

O deferimento do benefício por incapacidade é concedido, ou não, mediante avaliação e decisão pericial sobre a existência ou não de doença incapacitante, face às exigências específicas da atividade profissional do trabalhador que solicita o benefício auxílio-doença (MELO; ASSUNÇÃO, 2003).

A atividade médico pericial tem gerado polêmicas e os resultados dos atos dos peritos da Previdência Social têm recebido inúmeras críticas e queixas. Frequentemente, o corpo pericial é acusado de desrespeito aos segurados e de ausência de isenção e imparcialidade por, de certa maneira, atender de forma explícita o interesse das empresas e negar a relação existente entre queixa e trabalho (MELO; ASSUNÇÃO, 2003).

A decisão do médico perito do INSS tem como base o relatório médico trazido pelo segurado. Ferreira (2012) aponta que esse relatório é bastante incompleto no que diz respeito à história clínica, diagnóstico e evolução do tratamento. Para auxiliar na decisão, ao fazer o atendimento, o médico perito tem acesso a todos os registros médico-periciais antecedentes do segurado. Isso acontece porque, quando um trabalhador solicita um benefício por incapacidade e se submete à perícia, ele passa a ter um registro personalizado que é arquivado num sistema informatizado ou em um Envelope de Antecedentes Médicos (EAM). Esse

arquivamento se torna fundamental quando o segurado é considerado incapaz, porque ele deve ser reavaliado periodicamente (MELO; ASSUNÇÃO, 2003).

O perito poderá decidir que há incapacidade por um prazo definido (Data da cessação do benefício – DCB); que se trata de incapacidade por doença ou lesão de evolução prolongada e incerta, devendo ser reexaminado após um prazo de dois anos (Revisão em 2 anos – R2); que há incapacidade definitiva para a atividade usual, sendo encaminhado para a reabilitação profissional (Reabilitação profissional – RP); ou que o segurado preenche critérios para incapacidade definitiva omni-profissional (Limite indefinido – aposentadoria por invalidez – LI) (BRASIL, 1991).

A incapacidade laborativa é definida como a consequência de alterações morfofisiológicas provocadas por um acidente ou uma doença que resultam na impossibilidade do desempenho das funções específicas de uma atividade ou ocupação (TAVARES, 2009).

Em uma pesquisa com 13 médicos peritos do INSS, Melo e Assunção (2003) apresentam a natureza interpretativa do trabalho do médico perito, quando discutem questões sobre a tarefa dos peritos de avaliação da capacidade laborativa dos segurados da Previdência Social. As autoras explicam que a matriz interpretativa dos médicos peritos é constituída por elementos técnicos e normativos e por um conjunto de princípios, os quais organizam as evidências que justificam o requerimento do benefício por incapacidade. Porém, essas mesmas autoras afirmam que não se pode explicar o julgamento pericial apenas evidenciando o caráter interpretativo da tarefa; é preciso indagar o que está por trás desses princípios, que os reúne de forma peculiar, a ponto de produzir julgamentos distintos entre os peritos.

Os próprios peritos reconhecem que existe uma variabilidade na decisão pericial, dependendo do modelo interpretativo que cada perito adota. Na pesquisa de Melo e Assunção (2003), um dos entrevistados fala explicitamente do caráter pessoal da decisão da perícia e coloca que esse caráter pessoal torna a perícia passível de mais de uma interpretação. Todavia, retomar a evidência sobre haver uma matriz interpretativa no desenrolar do julgamento pericial é reconhecer que a decisão do médico perito tem um caráter político e não neutro. “Reconhecer essa dimensão aponta para a necessidade de problematizar os resultados dessa prática técnica e reavaliar o processo de trabalho médico-pericial na instituição previdenciária” (MELO; ASSUNÇÃO, 2003, p. 124). Esses achados corroboram os resultados da presente pesquisa, pois os trabalhadores relatam que a experiência e resultado da perícia são diferentes de acordo como cada perito conduz a avaliação.

3.5 Rede, suportes, apoios sociais no processo de retorno ao trabalho

Os relatos dos participantes mostram a identificação, por parte dos mesmos, de suportes ou apoio que receberam durante o afastamento do trabalho, mas principalmente, no momento do retorno às atividades de trabalho. Pode-se observar que tais suportes são de tipos diversos e estão relacionados à família e amigos, à Prefeitura e profissionais da saúde, ao próprio participante do estudo e outros tipos de suporte, como serão apresentados a seguir.

A fim de dar base às discussões dos resultados deste estudo, optou-se por, primeiramente, apresentar a noção de suporte – entendido aqui como rede ou apoio – sem perder de vista o intuito de buscar entender o papel que os suportes desempenham no momento do afastamento e retorno do trabalhador às suas atividades laborais.

A literatura com a qual se pretende dialogar traz que, em termos de precarização, as transformações do mundo e do mercado de trabalho foram e ainda são acompanhadas de uma degradação dos apoios sociais relacionais (CASTEL, 1997). Pensando em questões que vão além da falta de recursos materiais, Castel (1994) aponta que as “populações suscetíveis de destacar intervenções sociais” (CASTEL, 1994, p. 23) também se encontram numa situação de fragilidade de seu tecido relacional, o que as enquadra num processo que o autor chama de desfiliação, que é representado por uma dinâmica de ruptura do vínculo social, caracterizada por uma série de fracassos na constituição de vínculos e participações, colocando o indivíduo num estado de flutuação dentro da sociedade.

Para Sluzki (1997), apoios sociais relacionais são as redes pessoal e social de um indivíduo e não se resumem à família nuclear ou extensa, mas inclui todos os vínculos interpessoais do sujeito: família, amigos, colegas de trabalho ou estudo, relações de inserção na comunidade, de serviços e de práticas sociais. O contexto cultural, político, histórico, econômico, de meio ambiente, de existência, ou não, de serviços públicos, compõem o universo relacional do indivíduo. Sendo assim, a rede social pessoal nada mais é do que a “(...) soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou define como diferenciadas da massa anônima da sociedade” (SLUZKI, 1997, p. 41).

De acordo com Castel (1997), as situações de marginalização são fruto de um duplo processo de desligamento: em relação à inserção/não inserção relacional e, também, em relação ao trabalho/não trabalho. Segundo o autor, “(...) todo indivíduo pode ser situado com a ajuda deste duplo eixo, de uma integração pelo trabalho e de uma inserção relacional” (CASTEL, 1997, p. 23).

O eixo da relação trabalho é graduado pelas situações de trabalho estável, trabalho precário e não trabalho. Já o eixo da inserção relacional pode ser esquematizado pela gradação inserção relacional forte, fragilidade relacional e isolamento social. Da integração dessas gradações, definem-se três diferentes zonas do espaço social: a zona de integração (trabalho estável e permanente, e forte inserção relacional favorecendo a mobilização de suportes relacionais sólidos), a zona de vulnerabilidade (trabalho precário e fragilidade relacional) e a zona de desfiliação (ausência de trabalho e isolamento social/ relacional) (CASTEL, 1994, 1997).

As fronteiras entre essas zonas são porosas. Particularmente, a desfiliação se alimenta da zona turbulenta da vulnerabilidade, sobretudo se a precariedade do trabalho estiver associada à fragilidade relacional e aumento em função da conjuntura econômica, das situações de guerra, de escassez etc. A vagabundagem não é assim senão a superfície mais visível do iceberg da vulnerabilidade. É por isso que seu tratamento, longe de consistir em simples medidas policiais, representou uma disposição fundamental para as sociedades pré-industriais (CASTEL, 1994, p.31).

A figura representada pela associação “não trabalho por incapacidade de trabalhar” *versus* “forte coeficiente de inserção social” circunscreve uma quarta zona, que Castel (1994) chamou “zona de assistência”. O autor explica que, nessa zona, uma boa inserção relacional compensa, de certo modo, uma má situação de não trabalho, pois existe uma dependência segura (diferente, ao mesmo tempo, da integração autônoma pelo trabalho e da desfiliação).

A fragilidade das redes relacionais e a precariedade do trabalho (ou o desemprego) ampliam os riscos de queda da zona de vulnerabilidade para a zona de desfiliação, da mesma maneira que a fragilidade da estrutura familiar pode estar acompanhada de situação de degradação das redes de sociabilidade (CASTEL, 1997).

É importante lembrar que, sem negligenciar a questão, a dimensão econômica e a pobreza, como tal, não são fundamentalmente determinantes na discussão entre relação-trabalho e inserção social. “Todas as populações que figuram nesse quadro são, com efeito, mais ou menos pobres, incluindo-se aí a maioria dos trabalhadores integrados” (CASTEL, 1994, p.31). Em sociedades nas quais pelo menos metade da população é pobre, não é a pobreza que vai mobilizar intervenções sociais, mas a ocupação de uma miséria que exige assistência sobre o perigo de dissociação social que ela representa (CASTEL, 1994).

Assim, o reconhecimento do suporte, das redes sociais e dos meios emprestados para enfrentar situações de precarização, representa uma tentativa de análise dos fatores que

refletem uma dissociação social, para além da busca ou crença na possibilidade de um equilíbrio orgânico entre as redes (CASTEL, 1994).

3.5.1 Família e amigos

Os participantes do estudo foram unânimes em identificar a família como fonte de suporte no momento do retorno ao trabalho. A maioria define o cônjuge (marido ou esposa) como principal suporte, que oferece apoio não só prático, mas também afetivo, como ilustram os relatos a seguir:

S1: A minha família. Meu marido, minha mãe, minhas irmãs. A mãe ainda que a gente segura um pouco por causa da idade, mas...

S2: Eu tenho só meu irmão (...). Mas de outras pessoas, não tive apoio nenhum. É... Na verdade, são meus parentes, principalmente, esse meu irmão, que sofre. E minhas tias que falam ‘não, vem pra cá, fica em casa’(...). E eu tenho a sorte de ter um marido compreensivo (...) que compreende, que reconhece que é difícil.

S4: (...) principalmente meu marido em casa.

S5: Eu percebi que tinha alguém que gostava de mim, tinha e tem até hoje, e eu também preciso gostar de mim. Não adianta nada a R. [esposa] gostar de mim e eu não gostar de mim.

S6: Aqui em casa, tive apoio do meu namorado...

S7: Ah... É mais a família mesmo, minha mulher, apesar que ela trabalha no mesmo serviço e também estava sofrendo as mesmas coisas. Então, é bem complicado.

Além da família, apenas um dos participantes apontou diretamente ter recebido apoio de colegas de trabalho. O trabalhador aponta que esses amigos, inclusive, notaram e ajudaram a identificar que ele estava adoecido e precisava de ajuda, como mostra o seguinte discurso:

S3: Tudo foi meu esposo que correu atrás. Lógico que a gente tem uns amigos que trabalham na área da saúde que falaram ‘olha, seria bom se você fizesse um tratamento com um terapeuta, com psicólogo, com psiquiatra’.

Esses resultados condizem com a literatura que aponta que a família representa um elemento decisivo da constituição de uma proteção aproximada do indivíduo (CASTEL, 1994; 1997). Contra “a dureza metálica do mundo moderno” (CASTEL, 1994, p.41), a família, não raro, é tomada como um lugar onde sentimentos profundos podem desabrochar livremente e o espaço de convivência se mantém sempre preservado. Porém, Castel (1994)

coloca que é preciso convir que, com frequência, esse refúgio funciona, também, como um gueto.

Em particular, sobre as famílias nas quais o capital social é limitado, rompe-se antes o tecido relacional. O autor explica que “(...) uma família restrita é uma família sem colaterais e, sobretudo, nos meios populares, sem abertura sobre as relações sociais e profissionais” (CASTEL, 1994, p.41). Nesse contexto, a fragilização da estrutura familiar, sem dúvida, circunscreve uma zona de vulnerabilidade relacional, assim como a precariedade é frente sensível (e em expansão) no que se refere ao emprego (CASTEL, 1994).

3.5.2 Prefeitura e profissionais da saúde

Além do amparo recebido por parentes e amigos, alguns participantes tomaram como suporte o apoio de médicos, psicólogos e outros profissionais da saúde. Os relatos a seguir ilustram como o apoio de profissionais é significativo na vida dos trabalhadores.

S2: (...) o médico, psiquiatra, que acho que é importante. Ele diz que é melhor eu ter horário pra sair de casa, vou me arrumar, vou voltar.

S3: Hoje, a gente vê, eu falo que se não fosse a terapia, essa terapia semanal, eu não estaria nem conversando com você (...). Só quem consegue me entender é o psiquiatra, o psicólogo e a terapeuta [ocupacional]. Fora disso, ninguém vai te entender.

S6: (...) tive apoio (...) do médico; o médico conversava comigo no [site e serviço de rede social] à noite. Fui muito privilegiada. Então, tudo isso colaborou, muito! Acho que sou uma exceção!

Especificamente, durante o período de afastamento, um dos participantes permaneceu internado em uma clínica de recuperação, como ele mesmo relatou. Este participante conta que recebeu apoio dos profissionais da clínica não só durante a internação, mas pode contar até hoje com o suporte da equipe:

S5: (...) eles disseram pra mim, ‘o que você precisar, você procura a gente’. Essa semana mesmo, quando aconteceu um incidente com meu filho, eu liguei pro coordenador da clínica e conversei bastante com ele e ele falou ‘quando precisar, liga; quando tiver alguma dúvida, qualquer coisa, quando precisar de um amigo pra conversar, liga pra mim’. Conversei bastante com ele.

Este mesmo participante frequenta as reuniões de um Grupo de Apoio Terapêutico da Prefeitura desde antes do afastamento do trabalho e, portanto, possui um vínculo maior com

dois profissionais do SESMT, os quais coordenam tal grupo. No depoimento a seguir, o servidor relata que se sente amparado por esses profissionais:

S5: E na Prefeitura é a mesma coisa. Se eu precisar de alguma coisa eu ligo e converso com [profissional do SESMT]. Então, tenho suporte sim, é só eu procurar.

É importante ressaltar que, quanto ao suporte dado pelo SESMT da Prefeitura, a maioria dos trabalhadores relata passar apenas por uma conversa com o médico do trabalho quando o prazo do afastamento acaba e chega a data de retornar às atividades. Depois que retornam ao trabalho, os trabalhadores contam que não há mais contato:

S5: Assim... Diretamente foi só aquele dia da entrevista para retorno, pra passar pelo médico; passei, conversei bastante com [profissionais do SESMT]. Mas depois disso não teve mais nada. Eu que vou lá (...), eu que procuro. Eles não me procuram, não ficam ligando; só se falam com alguém da chefia. Mas eu quem procuro.

O único participante que passou por processo de Readaptação de Função retratou como a readaptação foi tomada como um dos principais suportes para que ele conseguisse retomar às atividades de trabalho e permanecer trabalhando. Ao olhar deste trabalhador readaptado, a readaptação é entendida como uma oportunidade e/ou suporte oferecido pela Prefeitura. No relato abaixo, ele conta como a readaptação foi positiva para que conseguisse retornar ao trabalho:

S4: E essa possibilidade da readaptação contribuiu (...). Como eu estou readaptado, eu acho que já estou muito melhor do que eu estava. Readaptação veio na hora perfeita. (...) A readaptação que era necessária acontecer. E acho que foi isso que me sustentou (...).

Além de passar por Readaptação de Função, esse participante conta ter participado da escolha do seu novo posto de trabalho e ressalta como este fator contribuiu para a sua readaptação e permanência no trabalho:

S4: Então, como eu já estava na escola, eu falei ‘olha, na minha escola precisa de alguém, eu posso ajudar?’. Foi a alternativa que me restou, e foi super legal porque deu certo. Então, eu acho que um pouquinho eu participei. Mas normalmente não acontece. Geralmente, é uma coisa que acontece de cima pra baixo. Seria ideal que a gente pudesse sentar e falar ‘existe isso e isso, o que você acha?’, se tivesse um acordo feito com o funcionário. Normalmente não é. Deu certo de estar precisando aqui, se não estivesse precisando aqui, eu não teria tido essa chance.

É importante lembrar que, oficialmente, apenas um servidor passou por Readaptação de Função. Porém, outros participantes passaram a ocupar postos de trabalho diferentes dos

que ocupavam antes do afastamento e relataram ter participado da escolha do novo local de trabalho, pelo menos parcialmente.

Dois participantes trabalhavam em determinados locais e, depois do afastamento e retorno ao trabalho, passaram a trabalhar em outros departamentos da Prefeitura, por indicação e contato com outros servidores, porém, também com participação no processo de escolha do novo posto de trabalho. Os relatos a seguir mostram essa participação na escolha, que se dá por contato direto entre trabalhador e chefia:

S1: Eu já sabia que a pessoa que estava aqui tinha saído (...) e a chefe direta perguntou se eu gostaria de estar vindo pra cá, que (...) estava precisando. Falei que eu ia fazer uma experiência, porque era um serviço novo, não sabia se eu ia me adaptar ou não, e aí eu vim pra cá, mas a decisão foi minha de vir, não fui pressionada nem nada. Houve o convite e eu aceitei, e só ficaria se realmente eu estivesse satisfeita com o serviço.

S2: Fui eu que optei. Optei por isso por quê? Próximo da minha casa, seria um lugar mais tranquilo, é um lugar que tem tudo pra você ficar bem (...). Realmente, fui eu quem insistiu.

Vale destacar que qualquer troca de posto e de local de trabalho passa por um processo legal de transferência, pois, assim como no processo de Readaptação de Função, não pode ser caracterizado o desvio de função e, portanto, o trabalhador é transferido para um posto de trabalho com função e salário equivalentes à função inicial, para a qual, inclusive, foi aprovado em concurso público.

Essas situações apontam para questionamentos sobre até onde essas oportunidades de troca de posto de trabalho são, ou não, privilégios do emprego no setor público. Numa empresa privada, por não contarem com o fator “estabilidade”, os trabalhadores se submetem a situações precárias ou inadequadas de trabalho, pelo medo constante de perder o emprego (ALENCAR; MONTREZOR, 2010).

3.5.3 Eu, suporte de mim mesmo

Um ponto de destaque (e bastante curioso) notado nas entrevistas foi o fato de que a maioria dos participantes se vê como principal fonte de suporte na recuperação e tomada de decisão sobre o retorno ao trabalho. Os participantes se veem como pessoas ativas e principais atores na iniciativa de recuperar-se e conseguir voltar às atividades de trabalho, como ilustram os relatos a seguir:

S1: (...) eu tinha que lutar contra aquilo que eu estava sentindo, então, era a busca consigo mesmo, foi o que eu procurei fazer: ‘olha isso vai passar’, começar a ter outro pensamento (...). E era assim: ‘meu Deus, ai meu Deus, tira esse mau pensamento de mim, tira essa angústia que eu tô sentindo’.

S3: Não foi com apoio nenhum, fui eu mesma que voltei, sem ajuda nenhuma (...). O psiquiatra, a psicóloga, a terapeuta [ocupacional] vem me ajudando nisso. Mas é lógico que a decisão de querer voltar foi minha, e não deles, porque por eles eu não estava pronta ainda (...).

S4: A vontade de não ficar em casa, de trabalhar, de ‘poxa, eu sou nova’. Claro que você precisa de uma fase pra se recuperar, pra descansar, mas você quer continuar trabalhando, a gente é ativa profissionalmente!

S5: É uma opinião minha, mas também foi de outras pessoas. A própria psicóloga da clínica falou isso, o pessoal da Prefeitura, a médica do CAPS, eles ficaram admirados pela minha vontade de me cuidar, de mim e da minha família, né? Constrangimento, é muita coisa... Sofri muito (...). Eu nunca tive vontade de sair do trabalho (...). Então, foi minha vontade de sair daquele plano que eu estava doente, afastado.

S6: O prazer que eu sinto em trabalhar, em... Nem começou meu novo afastamento e eu já quero voltar. Até a última vez que eu estava afastada, eu estava ainda em tratamento e eu queria voltar. Tanto é que eu voltei antes do tempo (...). Mas eu quero voltar, eu quero trabalhar, eu não gosto de ficar parada. Então, é porque eu gosto do que eu faço. Então, é isso que me faz querer voltar, é o gostar do que eu faço.

Nos relatos anteriores, é possível perceber que o trabalho assume uma posição ligada à questão de identidade dos sujeitos. Inevitavelmente, as questões de identidade estão atreladas à centralidade do trabalho na vida das pessoas que, como afirma Castel (2012), é o elemento principal do eixo das relações sociais e da cidadania. Representada não apenas pelo exercício de um trabalho assalariado, mas na fundamentação da dignidade social, a força de trabalho permite que o indivíduo construa ações efetivas de produção na sociedade (CASTEL, 2012).

3.5.4. Outros suportes

No universo de suportes relatados pelos participantes, apenas um deles (S3) apontou a religião como apoio diante da situação de afastamento e retorno ao trabalho. É possível observar esse resultado no relato a seguir:

S3: O espiritismo. Eu estava totalmente desnorreada (...). E me ajudou muito, mas muito mesmo! A terapia e o tratamento espiritual pra mim foi muito bom. Eu fui descobrindo coisas que eu poderia ir desenvolvendo e fazendo com clareza, no espiritismo. Me ajudou e tem me ajudado muito. Eu tô fazendo tratamento... Desde quando eu comecei o tratamento na terapia, eu comecei o tratamento espiritual. Então, tô sempre fazendo lá (...).

3.6 Sobre organizações, relações e condições de trabalho

Tanto os aspectos da organização, quanto das condições do trabalho, podem afetar a saúde dos trabalhadores nos âmbitos mental e físico, pelo papel estruturante que o trabalho tem na vida do ser humano (ALENCAR; BIZ, 2012). Entende-se por condições de trabalho os ambientes físicos (barulho, temperatura, pressão, barulho, altitude, etc.), biológicos (vírus, bactérias, fungos), químicos (produtos manipulados, vapores e gases tóxicos, fumaça, etc.), as condições de segurança e higiene e as características antropométricas do posto de trabalho (DEJOURS, 1992). Nesse contexto, a organização do trabalho é definida e assume papel determinante, pois é responsável pelas regulamentações dos processos de trabalho (ALENCAR; BIZ, 2012).

Para Alencar, Cavalcanti e Montrezor (2013), é preciso que exista uma preocupação constante quanto à segurança e conforto dos trabalhadores, pois os sujeitos passam grande parte da vida no ambiente de trabalho. Sendo assim, intervenções que visem à melhoria das condições de trabalho não são dispensáveis. Ghisleni e Merlo (2005) sugerem que afecções que expressam sofrimentos advindos da relação trabalhador-trabalho devem ser consideradas um problema de saúde pública.

A organização do trabalho prescreve as normas sobre quem, quando e de que forma devem-se executar as tarefas; determina qual a qualidade exigida, qual quantidade deve ser produzida e quais equipamentos serão necessários e estão disponíveis (ALENCAR; CAVALCANTI; MONTREZOR, 2013). Nesse contexto, Lancman (2004) coloca que vários fatores podem agravar-se em relação à saúde dos trabalhadores, dependendo das exigências impostas pela organização do trabalho.

A análise da organização do trabalho deve levar em conta a organização do trabalho prescrita e a organização do trabalho real, sendo que a primeira é formalizada pela empresa e a segunda tem relação com o modo operatório dos trabalhadores (ALENCAR; OTA, 2011). Nesse sentido, a análise do trabalho é uma análise das consequências da atividade do trabalhador e é preciso considerar que as diversas situações de trabalho geram efeitos psicológicos ao indivíduo, que pode manifestar uma reação a agentes estressores, através de alterações psicológicas ou fisiológicas ou, até mesmo, através de uma mudança de comportamento (ALENCAR; CARDOSO; ANTUNES, 2009).

Para Dejours (1992), o descompasso entre a organização prescrita e a organização real do trabalho é gerador de sofrimento mental. Esse sofrimento, não raro, não se manifesta,

porque existe um esforço por parte do trabalhador em manter-se produtivo e saudável; o sujeito entra num movimento de tentar se proteger e se defender, mantendo o equilíbrio entre as forças que tentam desestabilizá-lo (ALENCAR; OTA, 2011). Porém, nem sempre é possível manter-se estável.

A precarização do trabalho, sem dúvida, determina diferentes tipos de contrato e de vínculos entre trabalhadores e setores que precisam trabalhar conjuntamente, e onde o trabalho de um influencia e/ou depende do trabalho do outro (DIAS, 2002). A intensificação e o aumento das exigências são características dos novos processos de trabalho. Formas de avaliação baseadas em metas de produtividade e em desempenhos individuais são adotadas, e a cooperação e trocas interpessoais são desestimuladas no ambiente de trabalho (LANCMAN et al., 2009). As ações que os indivíduos fazem para realizar aquilo que não foi projetado e o trabalho efetivamente realizado não são considerados parte do processo de trabalho. Assim, as estratégias que os trabalhadores desenvolvem para atingir metas de produção, as ações de prudência e zelo, os riscos que são submetidos, os conflitos e as interações necessárias para realização do trabalho, tornam-se pauta invisível com conseqüente não reconhecimento daquilo que os sujeitos realmente fazem (LANCMAN, 2012).

Para Tobin (2001), é preciso que ações de proteção individual e coletiva sejam desenvolvidas a favor dos trabalhadores. Segundo Lancman et al. (2011), o desenvolvimento dessas ações não é automático e exige um empenho organizacional que trabalhe no sentido de diminuir a exposição e indicar soluções para que o trabalho seja realizado sob melhores condições.

A partir dessas considerações, procurou-se apresentar os relatos e a opinião dos participantes da pesquisa sobre a organização do trabalho. Nos discursos, os principais temas que apareceram tratam de assuntos ligados ao relacionamento com chefia e colegas de trabalho, bem como questões sobre o ambiente físico e condições de trabalho. Ao final, os trabalhadores sugeriram medidas que, sob a ótica dos mesmos, tornariam melhores as condições e o próprio ambiente de trabalho.

3.6.1 O relacionamento com a chefia e com os colegas de trabalho

O relacionamento com a chefia e com os colegas de trabalho apareceu tanto como motivo do adoecimento e do afastamento do trabalho quanto como auxílio no processo de retorno.

Alguns participantes relataram que o mau relacionamento com a chefia e colegas de trabalho contribuiu para o adoecimento e afastamento do trabalho.

Um dos participantes relatou ter dois empregos e, em um deles, que não era o da Prefeitura, teve problemas com a chefia, acabou adoecendo e teve que se afastar dos dois empregos. O depoimento a seguir ilustra a situação:

S1: Relacionamento com a chefia. Não foi mais nada que isso. O motivo foi esse (...). Porque, na verdade, todo o processo foi como uma disputa, que eu me senti... Assim... Como se eu estivesse disputando um lugar que já era meu. Em relação a essa pessoa, meu mal estar era com ela, não era com a função, não era com nada. Foi uma situação direta.

Ao mesmo tempo em que aponta os problemas com uma de suas chefias como causador de seu adoecimento, ressalta a importância do acolhimento dos colegas de trabalho no retorno às atividades, como mostra o relato a seguir:

S1: A gente sempre foi muito de conversar abertamente, eu sempre fui de conversar abertamente, eu falo que da minha vida eu não preciso esconder nada, então, todo mundo sabe o que acontece comigo. Então, o pessoal perguntava se eu estava bem (...). Porque as pessoas convivendo muito tempo todo dia, elas acabam te conhecendo, então, elas sabem que você hoje está bem, que hoje você não está legal, que você hoje está nervosa. Então, normal, você vê que tem um acolhimento legal da parte dos colegas.

Foi possível observar que outros participantes também identificaram que a má relação com a chefia contribuiu para o adoecimento e afastamento deles do trabalho, como mostram os relatos a seguir:

S5: (...) quando o chefe vinha falar alguma coisa pra mim, eu já jogava na cara dele, e isso é ruim pro chefe, ele não gosta. Não que eu mentia, mas eu não tinha coragem de segurar aquilo e chamar num canto e conversar sem tá usando a bebida (...). Eu bebia muito porque eu não estava me entrosando muito bem com o chefe.

S7: Estava havendo um pouco de perseguição na época, do nosso serviço (...). Como a gente foi contrário a algumas questões que vinham do comando pra baixo, vamos dizer assim, a gente relatou as coisas que estavam acontecendo e aí começaram algumas perseguições, com escalas abusivas, que vão contrárias à CLT, porque nós somos CLT, então, começou a pegar.

Um dos trabalhadores sinalizou que não somente ele apresentou doença mental, mas também outros colegas de trabalho estão adoecendo, devido à pressão e a carga de trabalho excessiva dos funcionários. Essa carga está relacionada às exigências do trabalho e às formas de enfrentamento do trabalhador (WISNER, 1994). Para Falzon e Sauvagnac (2007), a carga de trabalho mobiliza o indivíduo física, cognitiva e psiquicamente na realização das tarefas.

S3: A gente não tá só eu com meu problema, eu tenho mais outros colegas que estão com problemas, passando em psiquiatria, por causa da pressão no trabalho, pra você ver que não é uma coisa que sou só eu; na minha mesma equipe... Já tive três colegas que passou em psicólogo e agora eu tô com uma colega que tá muito ruim que vai ter que passar em psiquiatria.

Outros participantes apontaram a dificuldade em lidar com o estigma da doença mental perante os colegas de trabalho que, muitas vezes, não reconhecem o sofrimento do trabalhador, tampouco compreendem o motivo do afastamento do trabalho. O estudo de Scopel (2005) corrobora estes resultados. O autor coloca que os trabalhadores, não raro, são acusados de simulação e a invisibilidade da doença os expõe a situações de humilhação e discriminação. Isso fica explícito nos discursos a seguir:

S2: Também muito alguns funcionários, tá? Que falam o que não sabem, que pensam que você tá com frescura. (...). Agora, no trabalho, você é alvo de piadinhas, né? Porque todo mundo acha que é uma frescura sua. ‘Imagina... É ‘pití’ dela’. Só que o ‘pití’ me faz tomar seis remédios a noite, antes de dormir; seis comprimidos (...).

S7: Eu acho que a gente se afasta e as pessoas acham que você tá querendo fazer corpo mole. Acho que foi mais isso mesmo (...). A dificuldade maior é o que os outros pensam e falam, infelizmente, tem muito disso. (...) você percebe que tem, sempre tem; como falei pra você, acha que você pegou por ‘ah, quer ficar uns dias em casa’. Então, sempre tem isso daí, mas, fazer o quê? Eu sabia que estava ruim, procurei tratamento.

Para um dos participantes a má relação e a má recepção feita pelos colegas de trabalho culminaram num pedido para troca de local de trabalho. Esse trabalhador, após entrar com o pedido e aprovação de readaptação de função, negociou, com a ajuda da chefia, sua transferência de local de trabalho, pois, segundo relata, os colegas que trabalhavam naquele mesmo ambiente entenderam a readaptação de função como uma medida de privilégios e não uma necessidade, o que gerou um significativo desconforto para esse trabalhador readaptado, como nota-se no discurso a seguir:

S4: Você não tem nem noção! Quando eu vim pra cá, foi a morte pra essas pessoas, porque, ao ver delas, eu estava sendo premiada. Aí, o grupo não quis que eu ficasse aqui. (...) quem entrar aí e precisar de alguma coisa, eu estou aqui à disposição, eu vou tentar resolver porque eu sou profissional, mas eu já não sei com quem eu posso contar aqui dentro. Então, eu prefiro começar num lugar novo, com pessoas novas, ir conhecendo, ir criando um vínculo mais saudável com as pessoas (...). Mas as pessoas são tão pequenas, tão egoístas e olham tanto o seu e não olham... Sabe? E não entenderam que eu procurei o que era melhor pra mim, que ia me dar mais segurança, mais conforto, mais estrutura, pra que eu pudesse fazer um bom trabalho, mas eu fui premiada... Mas aconteceu! O grupo não aceita! É muito ruim. Eu fui pessimamente recebida. Isso é até um desabafo, é complicadíssimo isso aí”.

Este mesmo participante relata ter um bom relacionamento com a chefia:

S4: A minha chefe foi espetacular. Acho que o suporte grande que eu tive aqui foi da minha chefe. Ela foi super pacienciosa, me ensinou. É tudo muito diferente, então, você tem que aprender, é muita informação, mas achei que ela me acolheu muito bem, contribuiu pra dar tudo certo, suporte aqui foi ela.

Como destaque, um dos participantes ressaltou a confiança que empregador e chefia depositaram em seu trabalho quando retornou às atividades como fator de suporte:

S5: Não teve outra coisa do tipo ‘vamos ficar de olho em você’. Não teve isso daí, porque aí num seria um suporte, seria uma coisa que poderia me deixar apreensivo, preocupado, porque falta de confiança, né? Eles demonstraram muita confiança. Isso é um suporte, é um apoio, a gente se sente valorizado nessa parte, parte psicológica. O que eu vi que eu tive de suporte foi isso, mais psicológico mesmo.

Por fim, três participantes disseram ter bom relacionamento com os colegas de trabalho e puderam contar com o apoio dos mesmos durante o afastamento e no retorno às atividades, como mostram os discursos a seguir:

S3: A equipe é muito boa, como eu te falei, então, eles pensam sim, eu tentar fazer alguma coisa pra me poupar no trabalho. Mas é uma decisão enquanto equipe, não enquanto Prefeitura. Então, se você está numa equipe boa como eu estou, ótimo. Mas se você está numa equipe que não é tão equipe, fica muito difícil. É muito particular de cada equipe.

S5: É aquilo que eu falei pra você: eu achava que eles iam estar me discriminando. Num foi nada disso, fui muito bem recebido, como se eu não tivesse saído dali. Eu que me senti estranho no meio deles; parecia que era o primeiro dia que eu estava chegando ali no grupo, na turma (...). Não teve nada, nada, nada, não teve brincadeira, gozação, não teve nada. Fui tratado muito bem (...) pelos amigos de trabalho, tudo normal mesmo, como se nada tivesse acontecido.

S6: Tive apoio no meu trabalho, apoio em casa, eu tive muita sorte, fui muito privilegiada nessa parte. Meus amigos do trabalho vinham me visitar, as meninas do trabalho vinham aqui, faziam lanchinho comigo, me ligavam (...). Fui muito privilegiada. Então, tudo isso colaborou, muito!

Para Vasquez-Menezes (2002) existe um envolvimento afetivo que liga a pessoa ao seu trabalho. Quando o circuito afetivo não se completa, gera-se uma tensão que, para o trabalhador, desencadeia situações de incapacidade de modificar as circunstâncias que lhe são apresentadas. O trabalho e as relações que nele se originam nunca podem ser tomados como um espaço de neutralidade social ou subjetiva. O trabalho é, ao mesmo tempo, palco principal

do desenvolvimento psicossocial do adulto e gerador de sofrimento, na medida em que confronta os trabalhadores com desafios externos (LANCMAN; SZNELWAR, 2004).

Os conflitos interpessoais apresentados nos resultados dessa pesquisa condizem com a literatura que aponta a pressão da chefia como um dos fatores que causa impacto na saúde mental e física do trabalhador, assim como jornadas longas com poucas pausas, ritmo intenso, entre outros. Isso acontece porque o trabalho é um dos grandes alicerces na constituição do sujeito, da sua rede de significados e de suas coletividades (HELOANI; LANCMAN, 2004). Lancman e Jardim (2004) apontam que há uma disparidade entre a lógica das empresas e a do indivíduo: as empresas pensam nos trabalhadores como peças de engrenagem e os trabalhadores têm angústias, desejos, medos e procuram manter a saúde mental em meio a essa complexidade das relações, condições e do próprio mundo do trabalho.

Lancman e Uchida (2003) afirmam que a valorização e o reconhecimento do trabalho por parte de supervisores e gestores é importante para a constituição da identidade do trabalhador. Para Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994), esse reconhecimento se dá de duas formas: pelos supervisores, que reconhecem questões de utilidade, e pelos pares, que são responsáveis por notar e reconhecer habilidades, originalidade, inteligência e talento pessoal dos colegas. Quando não há reconhecimento, o sentimento de menos valia acaba por contaminar outras situações da vida diária do trabalhador, com sérios riscos de prejuízo à sua saúde mental (LANCMAN, 2004; DEJOURS, 2007).

Na tentativa de minimizar o sofrimento gerado pelo trabalho, o sujeito utiliza mecanismos de defesa, a fim de evitar uma descompensação mental. Tais mecanismos são construídos individual, mas, também, coletivamente (estratégia coletiva). Porém, Dejours (1992) coloca que, onde há muita rigidez na organização e pouca comunicação entre os colegas de trabalho, há pouco espaço para mecanismos de defesa.

A banalização do risco e a negação do perigo são exemplos de estratégias coletivas de defesa. Já a aceleração da produção e a hiperatividade são mecanismos de defesa individuais que, geralmente, aparecem em situações onde há repetitividade e fragmentação de tarefas (HELOANI; LANCMAN, 2004). Na busca do reconhecimento pelo trabalho, alguns trabalhadores, ainda, aumentam espontaneamente suas cargas produtivas (GHISLENI; MERLO, 2005). Segundo Lancman e Sznelwar (2008), o trabalhador se impõe à aceleração e intensifica seus esforços para minimizar ou, até mesmo, ocultar expressões afetivas de sofrimento, como raiva e angústia.

Dias (2002) relata que a existência de diferentes vínculos e chefias dificulta os processos de mediação do trabalho, bem como a comunicação e a integração entre os diversos profissionais. O sofrimento físico e psíquico desliga o trabalhador de seus pares (MERLO et al., 2003). Nesse sentido, as estratégias defensivas continuam sendo necessárias para proteção da saúde mental dos indivíduos, porém, podem tornar-se uma armadilha, ao passo que insensibilizam o trabalhador contra aquilo que o faz sofrer (DEJOURS, 2007).

A construção de mudanças no processo de trabalho só é possível quando há comunicação, disponibilidade e cooperação entre todos os atores envolvidos, sejam eles chefes ou subordinados. A partir desse ponto, as estratégias de defesa se efetivariam por um espírito de equipe (DEJOURS; JAYET, 1994). Porém, as relações de trabalho são cada vez mais competitivas e destroem processos de cooperação e relações de confiança; prevalece o individualismo. O agravante é que essa situação é vista pelos trabalhadores, na maioria das vezes, como inerente às atividades de trabalho e necessária à manutenção dos empregos (DEJOURS, 2000).

Lancman e Jardim (2004) afirmam que, quando se reconhece o trabalho dos indivíduos, reconhecem-se, ao mesmo tempo, os processos e as falhas da organização do trabalho. As autoras colocam que a identificação do trabalhador com seus pares e com a empresa se reflete na satisfação e na qualidade do trabalho realizado, justamente porque o trabalho constitui a identidade de quem o executa. Por esse motivo, a falta de reconhecimento do trabalho, por parte da chefia e dos colegas, acaba interferindo diretamente no processo e na saúde mental dos trabalhadores.

3.6.2 Retorno saudável ao trabalho: a opinião dos trabalhadores sobre as condições, recursos e apoio que lhes são oferecidos

Alguns participantes relataram a dificuldade em trabalhar em ambientes inadequados e que não favorecem a produtividade e o bom desenvolvimento do trabalho. Entende-se por ambiente o meio físico e as condições dadas (recursos) para que o trabalho seja executado. Os relatos a seguir ilustram tal dificuldade e como estas questões podem estar relacionadas com o adoecimento dos trabalhadores:

S3: (...) a gente trabalha dentro de uma casa, né? Uma casa mínima. A Vigilância não vem, porque se vier fecha (...). Se ali pegar fogo ali na frente, morrem todos os funcionários, porque não tem saída no fundo; a gente só tem uma saída que é na frente (...). A gente não tem segurança, a gente não tem um guarda, a gente trabalha a noite, a gente não tem um guarda pra ficar

com a gente à noite (...). Então, acho que o ambiente de trabalho devia ter uma segurança pro funcionário, pra gente ter um local bom pra trabalhar.

S4: A gente, na Educação, a gente não tem uma condição ideal de trabalho. Falando da minha profissão: lidar com crianças, tem que estar em perfeito estado emocional, físico, psicológico, pra você poder dar o melhor de si no seu trabalho (...). Então, eu acho que as condições do nosso trabalho não favorecem isso. A gente tem muita criança na sala de aula, os espaços físicos são muito pequenos, os pais não colaboram com o nosso trabalho, muitas vezes eles desrespeitam a nossa autoridade, então, é muita coisa, é muito abrangente. Falta material (...). Isso vai te empobrecendo, vai te deixando com uma expectativa ruim. Os problemas são infinitos na parte da Educação (...).

S7: A gente tá com condições meio precárias lá. (...) Questão de uniforme, equipamentos de segurança, as próprias viaturas estão... É mais perigoso você ficar rodando com a viatura do que... Freio... Tudo ruim... Então... Assim... Não tem uma manutenção preventiva. Então, tem muita coisa pra se melhorar em questão de serviço.

Além das questões sobre ambiente físico e condições de trabalho (ou recursos para trabalhar) um dos participantes contou experiências sobre medidas e atividades que ele e os colegas faziam e participavam, e que acredita que melhoravam a convivência no ambiente de trabalho ou, porque não, tornavam mais leve o trabalhar, como mostra o depoimento a seguir:

S1: (...) na verdade, na [local de trabalho], existe um dia que é feita uma reunião interna, e nessa reunião o funcionário busca esse momento ‘fresh’, porque você tem que tratar de todos os assuntos do [local de trabalho], mas você se junta e é uma coisa legal. O pessoal quer saber de comer pipoca. ‘Vamos conversar?’, ‘vamos, mas vamos ter a pipoca ou senão um bolinho de chuva’. É uma coisa legal! Então, eu acho que isso deveria ser feito não só num dia onde tem que se resolver todos os problemas; deve ser feito de uma forma diferente, onde traz esse bem estar pro profissional. Tinha uma moça que ela ia lá e colocava a gente em pensamento, era muito bom, a gente fazia umas atividades meio chinesas, que não sei como chama (risos), a gente aproveitava muito! Pra sair daquela coisa maçante! O próprio trabalho ele tem que deixar de ser maçante! Carregado!

Nota-se que os próprios trabalhadores tratam de encontrar maneiras de tornar o trabalho uma atribuição prazerosa e que compense o “peso” das obrigações, e o trabalho de profissionais que auxiliam nas mudanças do ambiente de trabalho é valorizado pelos trabalhadores. Nas questões sobre afastamento do trabalho, existe uma expectativa do sujeito quanto à atenção que lhe é dada no momento do retorno ao ambiente e às atividades de trabalho, como mostram os discursos a seguir:

S2: Eu acho que, principalmente, uma ajuda psicológica; eu acho que faz falta, sim. Talvez uma visita de uma assistente social também, que esteja vindo, conversando.

S3: Eu esperava mais. Eu esperava que tivesse realmente alguma coisa dentro da Prefeitura, algum órgão que fizesse esse amparo pro funcionário, que quisesse saber como está o funcionário (...), que tivesse mesmo uma entrevista de perguntas pra saber o que o funcionário está sentindo (...). Você passa pelo médico do trabalho, você volta, mas e aí? E se você fica mal de novo? Falta isso dentro da Prefeitura. (...) falta uma pessoa que deveria te ouvir (...). Então, esse ponto eu acho que falta.

Este mesmo participante (S3) faz acompanhamento com psiquiatra, psicólogo e terapeuta ocupacional, todos da rede pública de saúde. Porém, relata que conseguiu os atendimentos por conta própria e busca espontânea.

Nesta mesma direção, outro participante apontou o desejo de passar por atendimentos com médico especialista depois de ter retornado ao trabalho, porém, apontou a dificuldade de concretizar este desejo na rede pública de saúde indicando a necessidade de um profissional da saúde mental na equipe do SESMT, como ilustra o relato a seguir.

S7: Eu acho que, de repente, passar novamente por um especialista, né? Porque eu fui procurar um especialista na época, porque vi que eu estava realmente mal e aí pagar, e não é barato, entendeu? E aí eu ter que pagar pra retornar, pra continuar um tratamento é complicado. Então, você dá aquela melhoradinha e... Então, você evita de gastar, vamos dizer assim. Então, se tivesse por parte do empregador, da Prefeitura, um psiquiatra, sei lá, o que fosse, pra fazer um acompanhamento, seria adequado.

Especificamente sobre o caso de Readaptação de Função (S4), é importante lembrar que o trabalhador readaptado considerou a participação na escolha do novo posto de trabalho como um fator positivo, que favoreceu seu sucesso no retorno ao trabalho. Porém, não se pode negar que esse é um caso de exceção, não somente por contar com a participação do funcionário no processo, mas, também, porque aconteceu dentro do setor público. A readaptação de função dentro de empresas privadas é vista de outra maneira e nem sempre é possível a negociação.

S4: Mas eu acho que o que me sustentou pra voltar a trabalhar, era a esperança de 'ano que vem eu consigo outra coisa, estou aqui provisoriamente, vou levar até o final do ano, porque eu tenho um compromisso e não me permite que seja diferente, a escola, no momento da escola, mas no final do ano vou conseguir algo diferente'. Então, acho que isso me sustentou (...). Eu acho que a única coisa inconveniente mesmo que se pudesse ser mudado o sistema de acordo com o funcionário: 'vamos sentar, vamos ver o que vai ser bom pra você? Você vai se readaptar. A gente aqui tem umas opções, você acha que dá certo isso? E aqui? E ali?' (...). Porque se você tá num momento que você precisa mudar pra melhor, se tivesse esse respeito, essa consideração pelo funcionário, ia ser maravilhoso. Acho que isso pesa bastante. Quando você está com uma pessoa que precisa de um cuidado especial, eu acho que você tem que amparar de formas pra que ela se sinta bem e que seja produtiva nessa nova função. Senão, não

adianta. Você gera um outro problemão. E a pessoa não fica satisfeita. Aí, a gente pensa 'devia ter ficado onde eu estava'. Você está fora do seu círculo de amizades, você está fora do espaço físico que você conhece, então, você se sente um peixe fora d'água. Aí, acho que você gera um problema pior.

Diante desses relatos, ficam explícitas as limitações dos recursos e das condições de trabalho, as quais demonstram que existe uma diferença considerável entre o planejamento das atividades de trabalho e a maneira como ele realmente acontece. Nesse contexto, os trabalhadores se veem na necessidade de criar suas próprias estratégias de enfrentamento das situações. Essa realidade é corroborada pela literatura que aponta a atividade de trabalho como uma estratégia de adaptação à situação real de trabalho, e existe uma grande diferença entre o que é prescrito para ser feito e o trabalho que é efetivamente realizado (GUÉRIN et al., 1997). O âmbito do trabalho foge ao que é prescrito e os trabalhadores convivem com o imprevisto e o inesperado. Sendo assim, a atividade real contém reajustes e rearranjos dos modos operatórios, que fluem no sentido de cumprir as exigências que são impostas (tarefa).

A desarmonia entre o trabalho real e o trabalho prescrito pode gerar vivências de sofrimento, pois, segundo Codo, Sampaio e Hitomi (1993) o controle do trabalhador sobre suas atividades compõe a rede de significados que o trabalho tem na vida do sujeito. Essa rede também leva como significado a importância social do trabalho, a satisfação do trabalhador e as relações sociais de produção. A maneira como o trabalho é realizado permite a percepção da atividade como significativa ou não. Para Dejours (1992), a insatisfação quanto ao conteúdo significativo do trabalho leva a um sofrimento cujo principal ponto prejudicado é a saúde mental.

Os trabalhadores sentem seus recursos esgotados diante da impossibilidade de transformar ou adaptar determinações da organização do trabalho (ABRAHÃO; TORRES, 2004). Os estudos com enfoque da Ergonomia reconhecem a distância que existe entre o trabalho prescrito e o trabalho real, sendo que este último não se resume à mera execução de procedimentos estabelecidos previamente (GUERIN et al., 2001). Porém, para alguns autores, hoje essa distância não é considerada um risco à qualidade da produção e deve ser incorporada ao planejamento, pois representa uma forma pessoal (e organizacional) de gestão da variabilidade (SANTOS; FIALHO, 1997; LEPLAT; HOC, 1998). Assim, no ambiente de trabalho, para realizar o que foi solicitado, os trabalhadores utilizam sua inteligência e sua experiência para atingir ou redefinir objetivos, de acordo com as condições reais, através de ações que envolvem estratégias operatórias de trabalho (GUERIN et al., 2001; ABRAHÃO et al., 2009).

Essa defasagem que existe entre o trabalho real e o trabalho prescrito impossibilita o trabalhador de estabelecer mecanismos de cooperação, de compartilhar responsabilidades e de dar visibilidade ao trabalho e, por isso, é fonte de sofrimento psíquico. Quando o trabalhador cria suas próprias estratégias, seus próprios modos operatórios, ele acaba por desestruturar relações de cooperação, e pode até mesmo gerar relações de desconfiança por parte de chefes e colegas de trabalho (DEJOURS, 2004).

Dejours (2007) propõe, então, que sejam promovidos espaços de reflexão coletiva que permitam a apropriação e conseqüente reconstrução coletiva do trabalho; a ideia é mobilizar os trabalhadores para que eles mesmos possam operacionalizar as mudanças. Para isso, é necessária a criação de um espaço público de deliberação, onde os trabalhadores possam falar e se escutar para que as mudanças e as transformações da organização do trabalho ocorram. Sendo assim, as intervenções devem caminhar no sentido de ampliar a participação dos trabalhadores nas decisões sobre as situações de trabalho para que, ao colaborarem com sua inteligência sobre o saber-fazer, haja reflexão e diminuição da distância que existe entre o trabalho que foi planejado e a execução real do mesmo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo geral compreender o processo de retorno ao trabalho de servidores públicos municipais que foram afastados por Transtornos Mentais e do Comportamento, receberam benefício auxílio-doença (por incapacidade) e, após afastamento, conseguiram retornar às atividades de trabalho. A análise dos dados obtidos por meio da aplicação do Protocolo de informações pessoais, profissionais e referentes ao processo de afastamento e retorno ao trabalho e da entrevista semiestruturada, permitiram o desenvolvimento de questionamentos, perspectivas e posicionamentos a respeito das temáticas da pesquisa, indo ao encontro dos seus objetivos, mas, principalmente, fornecendo subsídios para pensar a atuação dos técnicos e a produção de conhecimento no tocante aos processos de afastamento, retorno e permanência no trabalho de pessoas que passaram pela experiência do sofrimento mental.

Os resultados mostraram que os participantes foram unânimes em considerar suas famílias como principal fonte de suporte no processo de retorno às atividades de trabalho, porém, nem todos classificam os amigos, a Prefeitura, os profissionais da saúde e os próprios participantes da mesma forma. Além disso, apenas um dos participantes apontou a religião como fonte de suporte.

Quanto aos motivos que levaram ao adoecimento e conseqüente afastamento do trabalho, alguns participantes relataram o mau relacionamento com chefia e colegas de trabalho. No entanto, o relacionamento com a chefia e com os colegas de trabalho apareceu também como auxílio no processo de retorno ao trabalho.

O ambiente físico inadequado e as condições de trabalho precárias foram apontados como facilitadores de adoecimento dos trabalhadores.

Os participantes sinalizaram sugestões sobre mudanças em seus ambientes de trabalho que poderiam torná-los menos adoecedores e mais adequados e favoráveis ao bom desempenho dos funcionários. Sobre essa temática, aponta-se para a possibilidade do instrumento de pesquisa (entrevista semiestruturada) ter levado os participantes a falarem somente de sugestões sobre mudanças do ambiente físico de trabalho, pela forma como as perguntas foram elaboradas. Possivelmente, se as questões fossem formuladas de outra maneira, com aspectos mais abrangentes, levariam a outros resultados nos quais os trabalhadores apontariam, por exemplo, sugestões para melhorar as relações pessoais no ambiente de trabalho.

Para a maioria dos participantes do estudo não existe diferença no sentido do trabalho em suas vidas antes do afastamento e após o retorno ao trabalho. O trabalho assume significados diversos na vida dos participantes relacionados à realização pessoal e prazer, função social, forma de sustento e espaço de socialização.

Apesar de todos os participantes terem passado por atendimento administrativo de recepção e pericial do INSS, nenhum recebeu qualquer informação ou indicação sobre o Programa de Reabilitação Profissional do INSS. Sobre essa questão, aponta-se a importância de se questionar quais são ou seriam os critérios de elegibilidade para participação no Programa que, é sabido, contempla pouco ou quase nada os casos de afastamentos que tem CID-F como diagnóstico primário, e dá prioridade e contempla, em sua maioria, grandes acidentados e, como mostra a literatura atual, casos de LER/DORT.

Pela limitação da amostra, os resultados da presente pesquisa não podem ser generalizados, porém, suscitam questões gerais, principalmente quanto à proteção social dos trabalhadores. Cabe indagar, por exemplo, qual a proteção dada, afinal, ao trabalhador e ao trabalho, formal e informal, diante do capital. Nesse contexto, ainda é preciso questionar de que forma a assistência e a sociedade tem se organizado na atenção ao trabalhador acidentado ou adoecido mental, emocional, psíquica e afetivamente. Enfim, refletindo sobre outros desdobramentos, existe a necessidade de se pensar e tentar entender onde está, também, a grande massa de trabalhadores que não consegue permanecer trabalhando por motivos de saúde e, principalmente, como se dá a proteção social aos mesmos.

Para estudos futuros, aponta-se a importância de se pensar nos fatores de proteção social que auxiliam no retorno e permanência das pessoas no trabalho para que, quando voltarem às atividades, não sejam brutalmente responsabilizadas pelo sucesso ou fracasso de seu retorno. Além disso, acredita-se que esta pesquisa fornece aporte para futuras discussões sobre as atuais políticas nacionais de atenção à saúde do trabalhador, que pouco abordam a temática do retorno e permanência no trabalho e, também, fazem quase nenhuma referência aos casos de trabalhadores em situação de sofrimento mental.

Espera-se que este estudo contribua para a produção de conhecimento e discussões sobre a atuação do terapeuta ocupacional, bem como de outros profissionais, na área da Saúde do Trabalhador. É preciso pensar as práticas dessa área para além da reabilitação física de grandes acidentados e voltar o olhar, também, para o processo de retorno ao trabalho, que está necessariamente atrelado a questões que vão além da melhora da condição e recuperação da saúde; o retorno ao trabalho precisa ser tratado de maneira ampla, junto aos órgãos

responsáveis e que tem o compromisso de desenvolver ações em saúde, na previdência, na assistência, na empresa de vínculo do trabalhador, dando o respaldo necessário para que o indivíduo participe do processo de forma integrada e não seja apenas reinserido por outros profissionais, sem poder dar opinião ou tomar decisões sobre seu próprio processo de retorno ao trabalho.

A Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora deixam clara a necessidade do fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador, das ações integradas na área e das ações na atenção básica. Sendo assim, é preciso investir na formação e capacitação dos profissionais envolvidos nas instâncias da rede de atenção, para que as questões sobre adoecimento, afastamento, retorno, permanência e inclusão no trabalho não se resolvam apenas no âmbito da relação entre empregador e empregado. O Estado tem o compromisso de intervir nas ações e o país passa por um momento favorável de fortalecimento das ações em saúde do trabalhador, com a instituição de duas políticas públicas nacionais recentes. Porém, na prática, ainda há um longo caminho a ser percorrido e é preciso começar a, finalmente, tecer uma rede de atenção verdadeiramente efetiva, na qual saúde, previdência, assistência, empregado e empregador dialoguem mais direta e abertamente, e realmente pensem em ações conjuntas em saúde do trabalhador.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, J.; TORRES, C. C. Entre a organização do trabalho e o sofrimento: o papel de mediação da atividade. **Revista Produção**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 67-76, set./dez. 2004.

ABRAHÃO, J. et al. **Introdução à ergonomia da prática à teoria**. São Paulo: Blucher, 2009.

ALENCAR, M. C. B.; CARDOSO, C. C. O.; ANTUNES, M. C. Condições de trabalho e sintomas relacionados à saúde de catadores de materiais recicláveis em Curitiba. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 36-42, jan./abr. 2009.

ALENCAR, M.C.B.; MONTREZOR, J.B. Aspectos da organização do trabalho e os distúrbios osteomusculares: um estudo com trabalhadores em instituições de longa permanência de idosos. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 21, n. 1, p. 15-22, jan./abr. 2010.

ALENCAR, M. C. B.; OTA, N. H. O afastamento do trabalho. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 60-67, jan./abr. 2011.

ALENCAR, M. C. B. de; BIZ, R. A. M. Relações entre condições. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 208-15, set./dez. 2012.

ALENCAR, M. C. B. de; CAVALCANTI, T. A.; MONTREZOR, J. B. Condições de trabalho em uma cozinha industrial e distúrbios osteomusculares de trabalhadores. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 1, p. 155-162, 2013.

ANTUNES, R. L. C. **O caracol e sua concha**: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2005.

ANTUNES, R. L. C. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2009.

ANTUNES, R. L. C. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 2011.

ARAUJO, L. Z. S. de. Aspectos éticos da pesquisa científica. **Pesquis. Odontol.** São Paulo, n.17 (Supl. 1), p. 57-63, 2003.

ARBEX, A. P. S.; SOUZA, K. R.; MENDONÇA, A. L. O. Trabalho docente, readaptação e saúde: a experiência dos professores de uma universidade pública. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 263-284, 2013.

ARNETZ, B. B et al. Early workplace intervention for employees with musculoskeletal-related absenteeism: a prospective controlled intervention. **J. Occup. Environ. Med.** v.45, n.5, 2003.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2008.

BOSCHETTI, I. Implicações da reforma da previdência na seguridade social brasileira. **Revista de Psicologia Social**, v.15, n.1, 2003.

BRASIL. Consolidação das leis do trabalho. Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 mai. 1943.

BRASIL. Lei Orgânica da Previdência Social. Decreto-Lei nº 3807, de 26 de agosto de 1960. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 ago. 1960.

BRASIL. Decreto-Lei nº 72, de 21 de novembro de 1966. Unifica os Institutos de Aposentadoria e Pensões e cria o Instituto Nacional de Previdência Social. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 nov. 1966.

BRASIL. Decreto nº2172, de 05 de março de 1997. Aprova o Regulamento dos Benefícios da Previdência Social. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 06 mar. 1997.

BRASIL. Decreto nº 3048, de 06 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 07 mai. 1999.

BRASIL. Decreto nº 7.602, de 07 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 nov. 2011.

BRASIL. Lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 dez. 1977.

BRASIL. Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 dez. 1990.

BRASIL. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 jul. 1991.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **NR 4 – Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho**. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Auxílio-doença Previdenciário**. Brasília, 2009a. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=21>>. Acesso em: 01 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Monitoramento do Benefício por Incapacidade**. Brasília, 2009b. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=466>>. Acesso em: 16 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário**. Brasília, 2009c. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=463>> Acesso em: 02 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução 196/1996**. 2012b.

BREGALDA, M. M.; LOPES, R. E. O Programa de Reabilitação Profissional do INSS: apontamentos iniciais a partir de uma experiência. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 19, n.2, p. 249-261, maio/ago. 2011.

BREGALDA, M. M. **Terapia ocupacional e reabilitação profissional: práticas e concepções de terapeutas ocupacionais no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS)**. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) – Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, 2012.

CANNALONGA, L. S. **Projeto de revitalização profissional**. Internet: Pró-reabilitação, 2009. Disponível em: <http://www.proreabilitacao.com.br/?p=pc_leila_art02>. Acesso em: 07 jan. 2014.

CASTEL, R. Da indignação à exclusão, a desfiliação: precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: LANCETTI, A. **Saúde Loucura 4: grupos coletivos**. São Paulo: Hucitec, 1994.

CASTEL, R. A dinâmica dos processos de marginalização: da vulnerabilidade à “desfiliação”. **Caderno CRH**, Salvador, n. 26/27, p. 19-40, jan./dez. 1997.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. São Paulo: Vozes, 2012.

CHIAVEGATTO, C. V. **A atenção primária e sua percepção quanto ao desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador no SUS em Minas Gerais**. 2010. 128 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2010.

CHIAVEGATTO, C. V.; ALGRANTI, E. Políticas públicas de saúde do trabalhador no Brasil: oportunidades e desafios. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, v. 38, n.127, p. 11-30, 2013.

CODO, W.; SAMPAIO, J.; HITOMI, C. **Indivíduo, trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar**. Petrópolis: Vozes, 1993.

COHN, A. **Previdência social e processo político no Brasil**. 1 ed. São Paulo: Moderna, 1980.

COSTA, D.; LACAZ, F. A. C.; JACKSON FILHO, J. M.; VILELA, R. A. G. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, v. 38, n.127, p. 11-30, 2013.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: DESLANDES, S. F. et al. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez, 1992.

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

DEJOURS, C.; JAYET, C. Psicopatologia do trabalho e organização real do trabalho em uma indústria de processo: metodologia aplicada a um caso. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. (Orgs.). **Psicodinâmica do trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994. p. 67-118.

DEJOURS, C. Novas formas de organização do trabalho e lesões por esforços repetitivos (LER): abordagem através da psicodinâmica do trabalho. In: SZELWAR, L.; ZIDAN, L. (Orgs.). **O trabalho humano com sistemas informatizados no setor de serviços**. São Paulo: Plêiade, 2000. p. 37-44.

DEJOURS, C. A metodologia em psicopatologia do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Orgs.). **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro/ Brasília: Fiocruz/ Paralelo 15, 2004.

DEJOURS, C. **O fator humano**. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

DIAS, E. C. Aspectos atuais da saúde do trabalhador no Brasil. In: BUSCHINELLI, J. T. P.; ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M. **Isto é trabalho de gente?** Vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1993.

DIAS, E. C. Organização da atenção à saúde do trabalhador. In: FERREIRA, M. J. **Saúde no trabalho: temas básicos para o profissional que cuida da saúde dos trabalhadores**. São Paulo: Roca, 2002. p. 3-28.

DIAS, E. C. et al. Desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. In: MINAYO-GOMEZ, C.; MACHADO, J. M. H.; PENNA, P. G. L. (Orgs.). **Saúde do Trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. v. 1. p. 107-121.

FALZON, P.; SAUVAGNAC, C. Carga de trabalho e estresse. In: FALZON, P. **Ergonomia**. São Paulo: Blucher, 2007. p. 141-154.

FLEURY, S. **Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

FONSECA, R. T. M. da. O judiciário e a saúde mental no trabalho. **Rev. Bras. Saúde Ocup.** São Paulo, v.36, n. 123, p. 147-149, 2011.

FORTES, P. A. C. **Ética e Saúde**. São Paulo: Pedagógica Universitária, 1998.

GHISLENI, A. P.; MERLO, A. R. C. Trabalhador contemporâneo e patologias por hipersolicitação. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 171-176, maio/ago. 2005.

GONZAGA, P. **Perícia Médica da Previdência Social**. 4 ed. São Paulo: LTr; 2006.

GUÉRIN, F. et al. **Compreender o trabalho para transformá-lo**: a prática da ergonomia. São Paulo: Edgard Blucher, 1997.

GUIMARÃES, J. R. S. **Perfil do trabalho decente no Brasil**: um olhar sobre as unidades da Federação. Brasília: OIT, 2012.

HELOANI, J. R.; LANCMAN, S. Psicodinâmica do trabalho: o método clínico de intervenção e investigação. **Revista Produção**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 77-86, 2004.

JACQUES, M. G. C. Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental e trabalho. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, 97-116, jan./jun. 2003.

JARDIM, S. Depressão e trabalho: ruptura de laço social. **Rev. Bras. Saúde ocup.** São Paulo, v. 36, n. 123, p. 84-92, 2011.

LACERDA E SILVA, T. **Contribuição ao processo de capacitação dos ACS para o desenvolvimento de ações de saúde do Trabalhador**. 2009. 146 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. Rio de Janeiro, 2009.

LANCMAN, S.; GHIRARDI, M. I. G. Pensando novas práticas em Terapia Ocupacional, saúde e trabalho. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 13, n.2, p. 44-50, maio/jun. 2002.

LANCMAN, S.; UCHIDA, S. Trabalho e subjetividade. **Cad. Psicol. Social Trabalho**, São Paulo, v. 6, p. 77-88, 2003.

LANCMAN, S. (Org). **Saúde, trabalho e terapia ocupacional**. São Paulo: Ed. Roca, 2004.

LANCMAN, S. Construção de novas teorias e práticas em Terapia Ocupacional, Saúde e Trabalho. In: LANCMAN, S. (Org.). **Saúde, Trabalho e Terapia Ocupacional**. São Paulo: Ed. Roca, 2004.

LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Orgs.). **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Brasília: Paralelo15/FIOCRUZ, 2004.

LANCMAN, S. Psicodinâmica do trabalho. In: CAVALCANTI, A. GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional**: fundamentação e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, p. 271-277.

LANCMAN, S. et al. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa de Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 682-688, 2009.

LANCMAN, S. et al. Violência no trabalho e saúde mental em um serviço de pronto atendimento hospitalar In: ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO J. (Orgs.) **Trabalhar na saúde**: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e emprego. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p.111-130.

LANCMAN, S.; GONÇALVES, R. M. A.; MÂNGIA, E. F. Organização do trabalho, conflitos e agressões em uma emergência hospitalar na cidade de São Paulo, Brasil. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 199-207, set./dez. 2012.

LANCMAN, S.; DALDON, M. T.; BARROS, J.; GONÇALVES, R.; JARDIM, T. Processos de retorno e permanência no trabalho: elementos estruturante para a construção de um modelo de ação. In: SIMONELLI, A. P.; RODRIGUES, D. S.(Orgs.). **Saúde e trabalho em debate**: velhas questões, novas perspectivas. Brasília: Paralelo 15, 2013.

LEPLAT, J.; HOC, J. M. Tarea y actividad en el analisis psicológico de situaciones. In: CASTILLO, J. J.; VILLENA, J. (editores). **Ergonomia, conceptos y métodos**. Madri: Complutense; 1998. p. 163-77.

LOISEL, P. et al. Management of occupational back pain: the Sherbrooke model. Results of a pilot and feasibility study. **J. Occup. Environ. Med.** England, v.51, n.9, 1994.

MAENO, M.; VILELA, R. A. G. Reabilitação Profissional no Brasil: elementos para uma política pública. **Rev. Bras. Saúde ocup.** São Paulo, v. 35, p.87-99, 2010.

MAENO, M.; TAKAHASHI, M. A. B. C.; LIMA, M. A. G. Reabilitação Profissional como política de inclusão social. **Acta Fisiátrica**, v.16, p.53-58, 2009.

MELO, M. P. P.; ASSUNÇÃO, A. A. A decisão pericial no âmbito da previdência social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.13, n.2, 2003.

MERLO, A. R. C. et al. O trabalho entre prazer, sofrimento e adoecimento: a realidade dos portadores de lesões por esforços repetitivos. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 117-136, 2003.

MINAYO, M. C. S., SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementariedade? **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set. 1993.

MINAYO-GOMEZ, C.; LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 797-807, 2005.

MINAYO-GOMEZ, C. Avanços e entraves na implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, v.38, n. 127, p.11-30, 2013.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. Gabinete do ministro. Portaria 3.214, de 8 de junho de 1978. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 jun. 1978.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria nº1339, de 18 de novembro de 1999. **Dário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 nov. 1999.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. Gabinete do ministro. Portaria nº 25, de 15 de outubro de 2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 out. 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria nº1823, de 23 de agosto de 2012. Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 ago. 2012.

MOULIN, M. G. B.; MORAES, A. B. T. Vamos fazer poeira! Fontes e expressões da pressão no trabalho do setor de rochas ornamentais no Espírito Santo. **Rev. Bras. Saúde ocup.** São Paulo, v. 35, n. 122, p. 192-200, 2010.

NUNES, B. O.; BRITO, J. C.; ATHAYDE, M. Readaptação profissional e produção de sentido no trabalho de merendeiras e serventes. In: BRITO, J. et al. (Orgs.). **Trabalhar na escola? Só inventando o prazer**. Rio de Janeiro: Ipub-Cuca, 2001. p.185-214.

OLIVEIRA; J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. **(Im)previdência social: 60 anos de história da previdência social no Brasil.** Petrópolis: Vozes, 1989.

PAPARELLI, R. **Desgaste mental do professor da rede pública de ensino: trabalho sem sentido sob a política de regularização de fluxo escolar.** Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009.

RODRIGUES, R. C.; MARINHO, T. P. C.; AMORIM, P. Reforma psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1615-1626, jan./jun. 2010.

SAMPIERI, R. H., COLLADO, C. F., LUCIO, P. B. **Metodologia de Pesquisa.** São Paulo: McGraw Hill, 2006.

SANTOS, N.; FIALHO, F. **Manual de Análise Ergonômica do Trabalho.** 2 ed. Curitiba: Genesis, 1997.

SÃO PAULO (Estado). Estatuto dos funcionários públicos civis do estado de São Paulo. Lei nº 10.261 de 18 de outubro de 1968. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, SP, 19 out. 1968.

SCOPEL, M. J. **Retorno ao trabalho: trajetória de trabalhadores metalúrgicos portadores de LER/DORT.** 2005. 130f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2005.

SELIGMANN-SILVA, E. Psicopatologia e Saúde Mental no Trabalho. In: MENDES, R. (Org.). **Patologia do trabalho**, vol. 2. Rio de Janeiro: Atheneu, 2003.

SELIGMANN-SILVA, E. et al. O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador. **Rev. Bras. Saúde ocup.**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 187-191, jul./dez. 2010.

SIANO, A. K.; RIBEIRO, L. C.; RIBEIRO, M. S. Análise comparativa do registro médico-pericial do diagnóstico de transtornos mentais de segurados do Instituto Nacional do Seguro Social requerentes de auxílio-doença. **Jornal Bras. Psiquiatr.** Rio de Janeiro, v.59, n.2, 2010.

SILVA, A.A. A reforma da previdência social brasileira: entre o direito social e o mercado. **São Paulo em perspectiva**, São Paulo, v.18, n.3, 2004.

SIMONELLI, A. P. et al. Proposta de articulação entre abordagens metodológicas para melhoria do processo de reabilitação profissional. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v. 35, n. 121, p. 64-73, 2010.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SOARES, L. B. T. **Terapia ocupacional: lógica do capital ou do trabalho?** São Paulo: Hucitec, 1991.

TAKAHASHI, M. A. B. C. **Incapacidade e Previdência Social: trajetória de incapacitação de trabalhadores adoecidos por LER/DORT no contexto da reforma previdenciária brasileira da década de 1990**. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Unicamp. Campinas, 2006.

TAKAHASHI, M. A. B. C.; KATO, M.; LEITE, R. A. O. Incapacidade, reabilitação profissional e Saúde do Trabalhador: velhas questões, novas abordagens. **Rev. Bras. Saúde ocup.**, São Paulo, v. 35, n. 121, p. 07-09, 2010.

TAVARES, M. L. **Direito previdenciário**. 11. ed. São Paulo: Impetus, 2009.

TOBIN, T. Organizational determinants of violence in the workplace. **Agressive Violent Behav.**, v. 6, p. 91-102, 2001.

TURATO, E. R. **Tratado de metodologia de pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis: Vozes, 2003.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-14, 2005.

VASQUES-MENEZES, I. Saúde mental e trabalho: aplicações na prática clínica. In: JACQUES, M. G.; CODO, W. **Saúde mental e trabalho: leituras**. Petrópolis: Vozes, 2002.

WISNER, A. **A inteligência do trabalho: textos selecionados em Ergonomia**. São Paulo: Ed. Fundacentro, 1994.

APÊNDICE I

PROTOCOLO DE INFORMAÇÕES PESSOAIS, PROFISSIONAIS E REFERENTES AO PROCESSO DE AFASTAMENTO E RETORNO AO TRABALHO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

1. NOME: _____
2. GÊNERO: () Masculino () Feminino
3. DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ IDADE: _____
4. ESTADO CIVIL: _____
5. ESCOLARIDADE: _____
6. FORMAÇÃO PROFISSIONAL: _____
7. ENDEREÇO: _____
8. BAIRRO: _____ CIDADE/UF: _____
9. TELEFONE: _____ E-MAIL: _____

INFORMAÇÕES SOBRE O PROCESSO DE AFASTAMENTO

DIAGNÓSTICO PRIMÁRIO DE AFASTAMENTO (CID-10): _____

1. TIPO DE BENEFÍCIO:
 () Auxílio-doença previdenciário (B31)
 () Auxílio-doença previdenciário acidentário (B91)
2. PERÍODO EM QUE RECEBEU O BENEFÍCIO:
 de ____/____/____ a ____/____/____ ;
 de ____/____/____ a ____/____/____ ;
 de ____/____/____ a ____/____/____ .

INFORMAÇÕES SOBRE O PROCESSO DE RETORNO AO TRABALHO

1. QUAL É A SUA FUNÇÃO? _____
2. ATIVIDADE QUE DESEMPENHAVA QUANDO ADOECIU E FOI AFASTADO: _____
3. VOCÊ PODERIA ME CONTAR COMO FOI O RETORNO À PREFEITURA QUANDO "TEVE ALTA" DO INSS? (Você foi até o RH, agendou uma consulta com o médico do trabalho... conte como foi). _____

4. O MÉDICO DO TRABALHO CONSIDEROU VOCÊ APTO(A) PARA RETORNAR AO TRABALHO?
 () SIM.
 () NÃO.

5. VOCÊ PASSOU POR READAPTAÇÃO DE FUNÇÃO?

- () SIM.
() NÃO.

6. VOCÊ RETORNOU AO MESMO POSTO DE TRABALHO?

- () SIM, EXERCENDO AS MESMAS ATIVIDADES.
() SIM, MAS COM RESTRIÇÕES A ALGUMAS ATIVIDADES. QUAIS? _____

() NÃO. POSTO/ATIVIDADE QUE FOI ENCAMINHADO: _____

7. VOCÊ SE CONSIDERAVA CAPAZ PARA REASSUMIR SUAS ATIVIDADES?

- () SIM.
() NÃO. POR QUÊ? _____

8. COMO FOI O RETORNO AO TRABALHO? (apresentou-se ao RH ou à chefia junto a uma equipe do SESMT, passou pelo médico do trabalho, etc?). _____

9. CONTINUA DESEMPENHANDO AS MESMAS ATIVIDADES DESDE QUANDO RETORNOU AO TRABALHO?

- () SIM.
() NÃO, "TIVE ALTA" DA READAPTAÇÃO E VOLTEI ÀS ATIVIDADES QUE EXERCIA ANTES DO AFASTAMENTO.
() NÃO, ESTOU DESEMPENHANDO OUTRAS ATIVIDADES QUE NÃO SÃO AS MESMAS DE ANTES DO AFASTAMENTO, NEM AS INDICADAS INICIALMENTE PELA READAPTAÇÃO.

Para casos de troca de atividades depois do retorno ao trabalho:

10. POR QUANTO TEMPO DESEMPENHOU ESTA ATIVIDADE? _____

11. O QUE ACONTECEU PARA MUDAREM VOCÊ DE ATIVIDADE? (foi a pedido, promoção, piora/melhora do quadro clínico...?). _____

12. ATIVIDADE QUE PASSOU A DESEMPENHAR: _____

13. AINDA DESEMPENHA ESTA ATIVIDADE?

- () SIM.
() NÃO. PERÍODO QUE DESEMPENHOU ESTA ATIVIDADE: _____

14. ATIVIDADE ATUAL: _____

DESDE (DATA): ____/____/____

INFORMAÇÕES SOBRE ACOMPANHAMENTO NO INSS

1. QUE TIPO DE ATENDIMENTO RECEBEU NO INSS?

a) () ADMINISTRATIVO. QUAL? _____

b) () PERICIAL. COMO FOI O ATENDIMENTO? _____

c) () INDICAÇÃO PARA PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL.
POR QUE VOCÊ NÃO PARTICIPOU? (há conhecimento prévio que nenhum dos sujeitos
dessa pesquisa passou pelo Programa de Reabilitação Profissional do INSS).

APÊNDICE II

ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA

- 1) Qual o significado do trabalho para você:
 - a) Antes do afastamento: _____
 - b) Depois do retorno ao trabalho: _____
- 2) Qual(ais) fator(es) você considera que determinou/determinaram seu afastamento do trabalho?
- 3) Qual(ais) fator(es) você considera que determinou/determinaram seu retorno ao trabalho?
- 4) Como era o seu dia-a-dia durante o período em que se manteve afastado do trabalho?
- 5) Quais as principais dificuldades que você enfrentou durante o período de afastamento do trabalho?
- 6) Você teve algum indeferimento do benefício durante as perícias médicas do INSS?
() Não. () Sim. Como foi para você retornar ao trabalho nessas condições?
- 7) Você teve apoio quando ocorreu seu afastamento do trabalho? Se sim, quais foram suas principais fontes de suporte?
- 8) Você passou/passa por algum tipo de tratamento (antes, durante e/ou após o processo de afastamento)? Se sim, quais?
- 9) Fale-me sobre sua vida profissional antes do afastamento.
- 10) Fale-me sobre como é hoje sua vida profissional.
- 11) O afastamento e o retorno ao trabalho influenciaram em sua vida pessoal?
() Não. () Sim. Como?
- 12) Houve algum esclarecimento ou encaminhamento para atendimentos durante as avaliações médico periciais?
() Não (passe para a questão 14). () Sim. Quais? (passe para a questão 13).
- 13) Os encaminhamentos te ajudaram no retorno ao trabalho?
() Não. Por quê? () Sim. Por quê?
- 14) Houve fontes de suporte do SESMT da Prefeitura que te ajudaram no retorno ao trabalho?
() Não. () Sim. Quais? (etapas, estrutura do processo de readaptação, quais profissionais envolvidos, quais as orientações e encaminhamentos realizados, se houve capacitação ou treinamento em serviço etc).
- 15) Você teve participação na definição da sua atual função?
() Não () Sim. Como ela ocorreu?

- 16)** Tiveram outros tipos de suporte que te ajudaram no retorno ao trabalho?
() Não. () Sim. Quais?
- 17)** Você sentiu falta de suportes que te ajudassem no retorno ao trabalho?
() Não. () Sim. Quais?
- 18)** Você teve algum acompanhamento específico pela Prefeitura, após seu retorno ao trabalho?
() Não. () Sim. De que forma isso foi feito?
- 19)** Como você foi recebido pelos seus colegas de trabalho no seu retorno?
- 20)** Você mudaria alguma coisa no seu ambiente de trabalho?
() Não. () Sim. O quê? Por quê?
- 21)** Você mudaria alguma coisa na sua vida profissional?
() Não. Por quê? () Sim. O quê? Por quê?
- 22)** Quais são seus planos ou seus projetos futuros no campo da sua vida profissional?