



**ORIENTAÇÕES TÉCNICAS  
PARA AÇÕES DE PREVENÇÃO  
E MANEJO DA INCAPACIDADE  
PARA O TRABALHO NO SUS**





## SECRETARIA DA SAÚDE

Governador da Bahia

**Jaques Wagner**

Secretário da Saúde do Estado da Bahia

**Washington Luis Silva Couto**

Superintendente de Vigilância e  
Proteção da Saúde

**Alcina Marta de Souza  
Andrade**

Diretora de Vigilância e Atenção à Saúde  
do Trabalhador

**Letícia Coelho da Costa Nobre**

Coordenadora de Atenção Integral à  
Saúde do Trabalhador

**Ely da Silva Mascarenhas**

Coordenador de Vigilância de Ambientes  
e Processos de Trabalho

**Alexandre José Ribeiro  
Jacobina de Brito**

Coordenadora de Gestão da Rede de  
Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

**Joselita Cássia Lopes Ramos**

### Coordenação e elaboração das Orientações Técnicas

Andréa Garboggini Melo  
Andrade

Mônica Angelim Gomes de Lima

Rita de Cássia Peralta Carvalho

### Colaboradores

Esperança Carvalho Lino Mota

Francesca Brito Magalhães

Josiane Mota Lopes

Kátia Costa Black

Sylvia Regina de Carvalho Sá

### Grupo de Trabalho Reabilitação do CESAT/ DIVAST

Andréa Garboggini Melo  
Andrade

*Terapeuta Ocupacional*

Camila Moitinho de Aragão  
Bulcão

*Fisioterapeuta*

Esperança Carvalho Lino Mota

*Fisioterapeuta*

Francesca Brito Magalhães

*Terapeuta Ocupacional*

Rita de Cássia Peralta Carvalho

*Assistente Social*

Sonara Machado de Carvalho  
Freitas

*Médica Fisiatra*

Sylvia Regina de Carvalho Sá

*Fisioterapeuta*

### Participantes das Oficinas de Trabalho para Validação

Andréa Garboggini Melo  
Andrade

*DIVAST*

Ana Márcia Duarte Nunes  
Nascimento

*DIVAST, UFBA*

Camila Moitinho de Aragão  
Bulcão

*DIVAST*

Esperança Carvalho Lino Mota

*Hospital Geral Menandro de Farias*

Francesca Brito Magalhães

*DIVAST, CEREST Salvador*

Josiane Mota Lopes

*Grupo de Pesquisa CNPq, UFBA*

Kátia Maciel Costa Black

*Consultora externa, Universidade de Toronto*

Mônica Angelim Gomes de Lima

*UFBA*

Rita de Cássia Peralta Carvalho

*DIVAST*

Robson da Fonseca Neves

*UFPP*

Sylvia Regina de Carvalho Sá

*Hospital Geral Menandro de Farias*

Norma Carapiá Fagundes

*Consultora externa, UFBA*

### Revisão Geral

Ely da Silva Mascarenhas

Jacira Azevedo Cancio

Letícia Coelho da Costa Nobre

### Grupo de Pesquisa

Atenção Integral à Saúde:  
saúde, trabalho e funcionalidade  
(CNPq/UFBA).

### Financiamento

**FAPESB N° 004/2009**

Projeto Produção de Tecnologia  
de Saúde para Reabilitação de  
Trabalhadores: programa de  
reabilitação de trabalhadores do  
Centro Estadual de Referência em  
Saúde do Trabalhador – CESAT/  
BAHIA



Ministério da  
Saúde



Secretaria da Saúde do Estado da Bahia  
Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde  
Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador  
Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador

Orientações Técnicas  
para Ações de  
Prevenção e Manejo  
da Incapacidade para  
o Trabalho no SUS

Salvador, Bahia  
2014

© 2014 by autores

Direitos para esta edição cedidos  
para Divast/Cesat

**Projeto gráfico, diagramação,  
ilustrações e editoração**  
Miguel Cotrim  
X Comunicação e Marketing Ltda.  
xcomunica.com@gmail.com

**Fotos**

Arquivo Divast/Cesat  
Secom

Ficha catalográfica elaborada por: Eliana Carvalho CRB-51100

B151 BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador.

Orientações técnicas para ações de prevenção e manejo da incapacidade para o trabalho no SUS . Salvador: DIVAST, 2014.

49p. : il. (Cadernos de Saúde do Trabalhador. Série Vigilância da Saúde do Trabalhador

ISBN - 978-85-65780-03-2

1. Segurança do trabalho. 2. Incapacidade para o trabalho.  
3. Reabilitação. 4. Retorno ao Trabalho. I . Autor. II.Título.

CDU 331 .45

**CESAT/DIVAST/SUVISA/SESAB**

Rua Pedro Lessa 123, Canela  
40.110-050, Salvador, BA, Brasil  
Tel. (55) (71) 3103-2200  
Fax. (55) (71) 3103-2225  
sesab.divast@saude.ba.gov.br  
[http://www.vigilanciaeinsaude.ba.gov.br/saude\\_trabalhador](http://www.vigilanciaeinsaude.ba.gov.br/saude_trabalhador)

**DMPS/FAMED/UFBA**

Av. Reitor Miguel Calmon s/n, Canela  
40.110-100, Salvador, BA, Brasil  
Tel. (55) (71) 3283-8865  
Fax. (55) (71) 3283-5580  
angelim@ufba.br

## Agradecimentos

Dedicamos estas orientações técnicas aos trabalhadores e trabalhadoras que participaram do Programa de Retorno ao Trabalho (projeto piloto), à equipe técnica de referência da empresa, ao Sindicato de Trabalhadores e a todos e todas que participaram direta ou indiretamente desta construção.

Agradecemos em especial aos professores *MD, PhD Patrick Loisel, da Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto, e DC PhD Pierre Côté, do Centre for Study of Disability Prevention and Rehabilitation, University of Ontario Institute of Technology and Canadian Memorial Chiropractic College, Ontario, Canada*, pelas inúmeras discussões e inspiração quanto ao desafio de tomar a incapacidade para o trabalho como um problema de saúde pública.

Afirmamos que o conteúdo contido neste documento é de inteira responsabilidade da equipe de coordenação e elaboração.

## Acknowledgment

*We dedicate this technical guide to all workers who participated in the Return to Work Program (pilot project), the technical team of the company we worked with, the Workers' Union and all who participated directly or indirectly in this project.*

*In particular, we thank Prof. Patrick Loisel (Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto) and Prof. Pierre Côté (Centre for the Study of Disability Prevention and Rehabilitation, University of Ontario, Institute of Technology and Canadian Memorial Chiropractic College) from Ontario, Canada, for the numerous discussions and inspiration on taking on the challenge of work incapacity as a public health problem.*

*We affirm that the content contained herein is the sole responsibility of the coordination and the preparation team.*

## Lista de abreviaturas e siglas

<b>AEPS</b>	Anuário Estatístico da Previdência Social
<b>Cerest</b>	Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador
<b>Cesat</b>	Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador
<b>CIF</b>	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
<b>Divast</b>	Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador
<b>DORT</b>	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
<b>Fundacentro</b>	Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho
<b>INSS</b>	Instituto Nacional do Seguro Social
<b>LER</b>	Lesões por Esforços Repetitivos
<b>MPT</b>	Ministério Público do Trabalho
<b>MTE</b>	Ministério do Trabalho e Emprego
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PNSTT</b>	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
<b>PPSUS</b>	Programa de Pesquisa para o SUS
<b>PRT</b>	Programa de Retorno ao Trabalho
<b>PRT-Cesat</b>	Programa de Retorno ao Trabalho de Trabalhadores com LER/DORT, desenvolvido pelo CESAT como Projeto piloto
<b>PRT-Renast-BA</b>	Programa de Retorno ao Trabalho proposto para ser implementado na Renast-BA
<b>Renast</b>	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
<b>Renast-BA</b>	Rede Estadual de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
<b>SABi/SUB</b>	Sistema de Acompanhamento de Benefício por Incapacidade/Sistema Único de Benefícios
<b>Sesab</b>	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
<b>SESMT</b>	Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho
<b>SIH</b>	Sistema de Informações Hospitalares
<b>SIM</b>	Sistema de Informação de Mortalidade
<b>Sinan</b>	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>USF</b>	Unidade de Saúde da Família
<b>UPA</b>	Unidade de Pronto Atendimento
<b>VISAU</b>	Vigilância em Saúde
<b>VISAT</b>	Vigilância da Saúde do Trabalhador

# SUMÁRIO

<b>Apresentação</b>	<b>8</b>
<b>Introdução</b>	<b>11</b>
<b>Parte I - A incapacidade para o trabalho: do que estamos falando?</b>	<b>15</b>
1.1 Prevenção da incapacidade prolongada: ação de saúde pública	<b>18</b>
1.2 Por que a incapacidade para o trabalho é um problema de saúde pública?	<b>18</b>
1.3 A experiência do Cesat/Divast no Programa de Retorno ao Trabalho	<b>20</b>
1.4 O Modelo Lógico do Programa de Retorno ao Trabalho para a Renast-BA	<b>20</b>
<b>Parte II - Desenvolvendo ações de prevenção da incapacidade prolongada e reabilitação biopsicossocial na sua região</b>	<b>25</b>
2.1 Dimensões e componentes essenciais para o desenvolvimento de Programa de Retorno ao Trabalho na Renast-BA	<b>26</b>
2.1.1 Dimensão Indivíduo	<b>26</b>
2.1.2 Dimensão Ambiente de Trabalho	<b>28</b>
2.1.3 Dimensão Atores Sociais	<b>30</b>
2.2 Quais etapas devem ser seguidas para a implantação do Programa de Retorno ao Trabalho para a prevenção e manejo da incapacidade para o trabalho?	<b>30</b>
<b>Referências</b>	<b>32</b>
<b>Apêndices</b>	<b>33</b>
<b>Quem somos?</b>	<b>46</b>

# Apresentação



Este documento reúne informações sobre a magnitude do problema da incapacidade para o trabalho no Brasil e apresenta aspectos teórico-conceituais e práticos para prevenção e manejo. Essas orientações são fruto do estudo e da troca de experiências da equipe técnica do Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador/Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador (Cesat/Divast) com profissionais e pesquisadores engajados na Rede Brasileira de Apoio Social e Pesquisa em Prevenção e Reabilitação da Incapacidade Laboral.

A constituição dessa rede de especialistas é resultado de um crescente investimento nesse debate, com a identificação e interlocução de pesquisadores vinculados ao grupo de pesquisa Atenção Integral à Saúde: saúde, trabalho e funcionalidade (CNPq/UFBA) com técnicos e pesquisadores da Fundacentro-SP, USP, Unicamp, Universidade do Vale do Itajaí, UnB, Universidade de Pretoria, além de profissionais de saúde vinculados à Renast (Cesat/Divast, Cerest Piracicaba), que têm promovido pesquisa e diálogo sobre a temática, ampliando os recursos para comunicação qualificada, científica e socialmente legitimada.

Em 2007, diante do compromisso firmado pelo Cesat/Divast no sentido de desenvolver tecnologia de saúde para reabilitação biopsicossocial de trabalhadores a ser incorporada na Renast-BA, foi constituído um grupo de trabalho (GT Reabilitação), composto por equipe multiprofissional. Desde então, por meio de estudos, troca de experiência e coordenação de projeto de pesquisa-intervenção para implantação de Programa de Retorno ao Trabalho para Trabalhadores com LER/DORT<sup>1</sup> (PRT-Cesat), o GT Reabilitação vem acumulando conhecimento e experiência no desenvolvimento de ações com foco na reabilitação

biopsicossocial de trabalhadores e prevenção da incapacidade prolongada para o trabalho.

O PRT-Cesat foi um projeto piloto desenvolvido no período de 2010 a 2012, em fases que previam ações em diferentes dimensões (indivíduo, ambiente de trabalho e atores sociais), desde a negociação com os atores sociais, formação de recursos humanos até o acompanhamento do processo de retorno ao trabalho de trabalhadores com LER/DORT numa empresa. Essa intervenção favoreceu a interlocução de um grupo de atores (trabalhadores, empregadores, sindicato da categoria, universidade e serviços assistenciais) com distintos interesses no processo de tratamento-reabilitação de trabalhadores, com estabelecimento de um espaço contínuo de negociação para a solução de problemas, mediado pelo GT Reabilitação.

Além dessas orientações, como resultado dos trabalhos desse grupo e da rede constituída, diversos trabalhos foram produzidos e publicados, estando em andamento a produção de outras publicações com a sistematização das diversas experiências construídas. Todo este material pode e deve servir como subsídio para o estudo, a leitura e o aprofundamento da discussão e reflexão das equipes técnicas da Renast-BA.

Essas orientações técnicas não têm a pretensão de esgotar todos os aspectos relacionados à temática, mas estão alinhadas com o aquecimento da discussão no cenário nacional e internacional. Têm como objeto apresentar a sistematização de componentes considerados essenciais para a estruturação de programas de intervenção voltados para a prevenção e manejo da incapacidade prolongada para o trabalho no SUS. Considera o desafio de melhorar as condições

de saúde e de trabalho de modo a possibilitar o retorno ao trabalho, de forma sustentável, dos trabalhadores e das trabalhadoras que já se encontrem afastados(as) ou daqueles(as) com possibilidade de afastamento futuro do trabalho.

Portanto, essas orientações estão voltadas para impulsionar as equipes dos Cerest e das vigilâncias em saúde no exercício de suas atribuições no âmbito da Renast, notadamente no que consta nos incisos I e III do Art.14 (Seção II) da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT):

*... desempenhar as funções de (...) coordenação de projeto de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores, no âmbito de sua área de abrangência; e, atuar como centro articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador, assumindo a retaguarda técnica especializada (...) e se tornando pólo irradiador de ações e experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica. (BRASIL, 2012a).*

Ressalta-se que, para o processo de implementação de um programa complexo como este, é indispensável a adequação das ações às características do local (atividade produtiva, estabelecimento<sup>2</sup>, município, região etc.) onde forem estruturados. Seu sucesso também depende do desenvolvimento de práticas articuladas intra e intersetorialmente envolvendo, principalmente, instituições dos setores saúde, trabalho, previdência social e educação, com foco na prevenção e no manejo efetivo da incapacidade para o trabalho.

<sup>1</sup> O Programa de Retorno ao Trabalho para Trabalhadores com LER/DORT (PRT-Cesat) foi desenvolvido em parceria com o grupo de pesquisa Atenção Integral à Saúde: saúde, trabalho e funcionalidade (CNPq/UFBA) e financiado pelo PPSUS (Edital 004/2009).

<sup>2</sup> Considera-se “estabelecimento” a empresa, instituição, cooperativa ou outra forma de organização, urbana ou rural, que tenha trabalhador com inserção no mercado de trabalho formal e vínculo empregatício privado, público ou cooperativado.



# Introdução

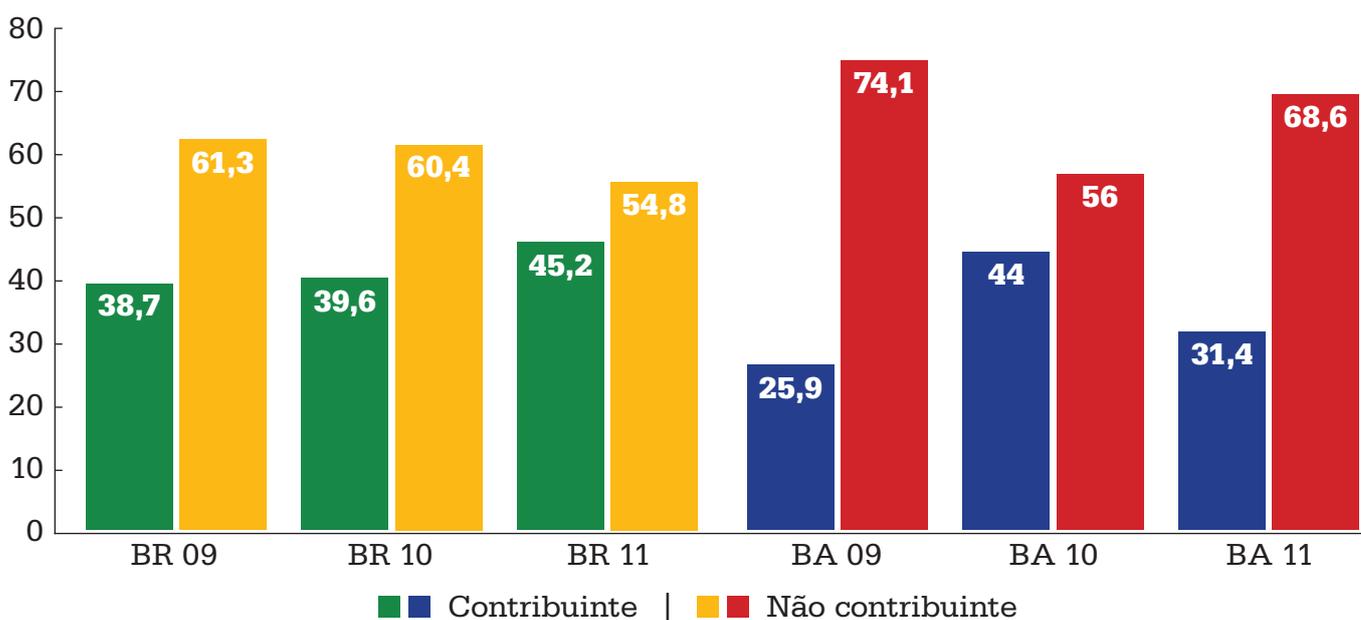
A incapacidade para o trabalho pode ser considerada um dos principais problemas de saúde pública a ser enfrentado na atualidade. Trata-se de um fenômeno crescente no Brasil e no mundo; que impacta a vida do indivíduo (trabalhador), seu convívio familiar e a economia do país; e cujo enfrentamento requer a adoção de ações sincrônicas e articuladas de diferentes áreas e segmentos da sociedade.

É um fenômeno complexo que pode ser entendido como uma consequência de fatores físicos, psicológicos, sociais, administrativos e culturais que, de maneira combinada, impedem o retorno ao trabalho, requerendo investimentos dos diversos atores e segmentos da sociedade no sentido de compreendê-lo para melhor abordá-lo. Parte-se dessa afirmação para reiterar o desafio que está posto para a sociedade: prevenir a incapacidade para o trabalho significa atuar o mais precocemente possível para garantir a efetividade da reabilitação de trabalhadores de modo que retornem à vida produtiva de maneira sustentável e satisfatória, com proteção e promoção da saúde.

No Brasil, a concessão de benefícios (previdenciários, acidentários e assistenciais) é responsabilidade do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Por meio das informações relacionadas ao perfil de afastamento, tem sido possível dimensionar a incapacidade para o trabalho de uma parcela da população economicamente ativa, ou seja, apenas os trabalhadores contribuintes da Previdência Social, nas modalidades de: empregado, empregado doméstico, contribuinte individual, trabalhador avulso e segurado especial. Dessa parcela, são registrados apenas os afastamentos superiores a 15 dias, que geram direito à concessão de benefício para tratamento.

Apesar dos dados obtidos no Anuário Estatístico da Previdência Social (BRASIL, 2012b) não retratarem fielmente a dimensão do problema, por corresponderem a menos da metade da população economicamente ativa (Gráfico 1), eles podem ser considerados como representativos para demonstrar o elevado número de trabalhadores que estiveram em afastamento do trabalho por incapacidade no período de 2010 a 2012 (BAHIA, 2013).

**GRÁFICO 1:** Distribuição (%) da população ocupada (10 ou mais anos de idade) segundo contribuição para instituto de previdência. Brasil, Bahia, 2009-11.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Departamento de Emprego e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2009, 2011 e Censo Demográfico 2010

Nos anos de 2010, 2011 e 2012 foram concedidos mais de 14 milhões de benefícios pelo INSS (respectivamente 4.640.120, 4.767.039 e 4.957.681), dos quais mais da metade (52,60%, 53,67% e 54,09%) devido à incapacidade por doença e em torno de 7,5% por incapacidade permanente (7,94%, 7,60% e 7,24%) (BRASIL, 2012b).

No mesmo período, do total de acidentes (típico, trajeto) e doenças do trabalho registrados no INSS, cerca de 49% geraram concessão de benefício por incapacidade para o trabalho. Os dados apresentados denunciam um grande problema de saúde pública e sugerem impacto sobre a economia, não somente pelo pagamento dos benefícios previdenciários, mas também pela interrupção da vida produtiva de trabalhadores, notadamente adultos jovens (20 a 39 anos) que respondem por cerca de 57% do total de benefícios acidentários concedidos. Além desses, fazem parte do custo social desses agravos os gastos com saúde pelo SUS e pelas famílias.

Os dados apresentados sobre afastamento temporário ou permanente por incapacidade dizem respeito aos casos de segurados da Previdência Social que, por motivo relacionado ou não ao trabalho (doença ou acidente), passaram a apresentar limitações físicas e/ou psíquicas para continuar a exercer sua atividade remunerada. Por vezes, permanecendo em auxílio-doença ou auxílio-acidentário por tempo prolongado ou mesmo de forma definitiva (aposentadoria por invalidez).

Os segurados que recebem alta após longo período de afastamento e retornam para o mercado de

trabalho, reabilitados ou não, muitas vezes encontram-se desprovidos de qualquer possibilidade de nele se manterem de forma plena por vários motivos: pela defasagem na qualificação profissional decorrente do longo tempo em que ficaram afastados; pelas condições de trabalho não modificadas e/ou ajustadas à funcionalidade do trabalhador; pelas barreiras físicas e organizacionais não amenizadas, que dificultam a sua permanência no trabalho; e, ainda, pelo estigma sobre a incapacidade decorrente das crenças e atitudes dos colegas e/ou de pessoas em posição de autoridade na empresa.

No conjunto de causas da incapacidade para o trabalho chama atenção o crescente afastamento por doenças crônicas (hipertensão arterial, transtornos mentais, pós-tratamento de câncer), que embora não estejam, muitas vezes, diretamente relacionadas ao trabalho, encontram barreiras à permanência do trabalhador na vida produtiva.

No contexto brasileiro, a reabilitação encontra-se de maneira fragmentada, concebida e compreendida como ação final na cadeia de ocorrências e ações de saúde pública e seguridade social. Cabe ao Sistema Único de Saúde (SUS) realizar a reabilitação física e psicossocial dos trabalhadores e trabalhadoras; o INSS é responsável pela reabilitação profissional do(a) segurado(a). Atualmente, essas atribuições são desenvolvidas de forma desarticulada, não havendo uma perspectiva de articulação, intra ou intersetorial, com as ações de prevenção de acidentes, de doenças e da incapacidade para o trabalho ou de garantia da integralidade do cuidado e da atenção.



Trata-se de um cenário preocupante, caracterizado por uma série de equívocos e desinformações que, como num efeito em cascata, estão na contramão da prevenção da incapacidade prolongada: demora no reconhecimento da incapacidade; dificuldade de acesso ao tratamento na rede SUS, cuja abordagem ainda é voltada apenas para a remoção dos sintomas; cronificação do agravo; crescente sentimento de injustiça e busca de ressarcimento pelo(a) trabalhador(a); dificuldade de acesso ao Programa de Reabilitação Profissional e sua baixa resolutividade, dentre outros.

Segundo dados do Brasil (2012b), do total de segurados encaminhados pela perícia médica (2010, 2011 e 2012) para o Programa de Reabilitação Profissional do INSS em torno de 80% passaram pela avaliação inicial; destes, cerca de 70% foram considerados elegíveis para o programa nos três anos (69,2%, 68,2% e 68,6%). No mesmo período, do total de trabalhadores em programa, observou-se elevado percentual de retenção por mais de 240 dias, correspondendo a 46,3% em 2010, 53,3% em 2011 e 53,2% em 2012. Considerando que, até entrar em programa de reabilitação profissional, o segurado percorre inúmeras etapas, mais ou menos demoradas, como certificação da doença com atestado médico, gozo de benefício previdenciário para tratamento e encaminhamento da perícia médica para a reabilitação profissional, o tempo de afastamento torna-se uma barreira importante a ser considerada nesse percurso.

Essas constatações têm sido consideradas como um reflexo das políticas institucionais implantadas pela Previdência Social, marcadamente após os anos 1990, com redução significativa do escopo de ação da reabilitação profissional (TAKAHASI; IGUTI, 2008); embora, iniciativas pontuais marquem tentativas de modificar essa situação. Como agravante, a baixa mobilização dos atores sociais, voltada para a prevenção da incapacidade prolongada e o retorno ao trabalho coordenado, restringe as possibilidades das ações de saúde ultrapassarem os limites da constatação e compensação da incapacidade e de produzirem mudanças na situação de saúde e vulnerabilidade social dos trabalhadores e suas famílias.

Os dados apresentados no Brasil (2012b; 2012c) oferecem informações acerca do perfil dos afastamentos do trabalho, contribuindo para a elaboração de um diagnóstico que possibilita a definição de propostas de intervenção e políticas públicas mais eficazes para a reabilitação biopsicossocial de trabalhadores(as) e a prevenção da incapacidade prolongada para o trabalho. No entanto, entende-se aqui que a responsabilidade sobre

esse problema não é apenas da Previdência Social, mas, também, do SUS, em consonância com seus princípios e diretrizes, marcadamente a integralidade da atenção.

Torna-se necessário aqui uma avaliação crítica sobre a atuação do SUS com relação a essa questão. Apesar de o(a) trabalhador(a) com incapacidade prolongada, muitas vezes, estar presente em vários pontos do sistema (UBS, USF, UPA, Cerest, serviços especializados), a abordagem concentra-se apenas nos aspectos físicos, prioritariamente, sem promover o acolhimento das demandas relacionadas ao trabalho, no sentido do diagnóstico dos agravos, vigilância de ambientes e processos de trabalho e promoção do retorno ao trabalho, por meio de um modelo de reabilitação biopsicossocial.

Essas orientações técnicas reúnem o esforço de incluir esse tema no escopo das ações de Saúde do Trabalhador no SUS por meio do aprimoramento de conceitos, métodos, recursos e ferramentas voltadas para a prevenção e o manejo da incapacidade prolongada para o trabalho, propiciando sua aplicação no âmbito da Renast-BA. Adotou-se como referência o acúmulo de evidências sobre os efeitos adversos do absenteísmo (afastamento do trabalho devido a um adoecimento, lesão ou acidente) e do presenteísmo<sup>3</sup> (estar trabalhando com uma condição de saúde que leva à limitação do desempenho e impacta a produtividade) na saúde dos trabalhadores (PRINS, 2013).

Considerou-se também o reconhecimento das dificuldades de implementação de ações a partir do conhecimento produzido em estudos e projetos desenvolvidos na área de reabilitação biopsicossocial, a serem traduzidos em práticas e serviços para melhorar as condições de saúde e trabalho, ao mesmo tempo em que se viabilize o retorno ao trabalho, de forma sustentável, dos trabalhadores e trabalhadoras afastados(as), e a proteção da saúde daqueles sob risco, evitando futuro afastamento do trabalho.

O principal objetivo consiste em orientar as equipes técnicas que compõem a Renast-BA na estruturação e coordenação de programas de reabilitação biopsicossocial, na forma de projetos de intervenção, que integrem ações de vigilância e assistência à saúde dos(as) trabalhadores(as) e promovam a articulação de ações intra e intersetoriais. Pretende-se, também, instrumentalizar essas equipes para incorporarem nas intervenções de Vigilância de Ambientes e Processos de Trabalho o olhar para aspectos relacionados à prevenção da incapacidade para o trabalho, bem como a avaliação das ações de reabilitação e retorno ao trabalho desenvolvidas pelos estabelecimentos.

<sup>3</sup> O presenteísmo é um conceito construído na economia da saúde em geral e mais especificamente no campo da avaliação econômica da atenção à saúde e da medicina ocupacional composto o chamado "custo da produtividade".



# PARTE I

## A incapacidade para o trabalho: do que estamos falando?

Um dos principais problemas no manejo da incapacidade para o trabalho é, sem dúvida, a sua diversidade conceitual.

Primeiramente porque o não entendimento do fenômeno sob uma mesma perspectiva dificulta a comunicação entre os atores envolvidos no processo de gerenciamento do problema: profissionais de saúde, trabalhadores, familiares, representantes dos estabelecimentos, sindicatos, INSS, Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), Ministério Público do Trabalho (MPT), dentre outros. Por conseguinte, favorece a fragmentação e a baixa efetividade das abordagens terapêuticas, desde o levantamento de demandas individuais para reabilitação até a reabilitação propriamente dita, e das intervenções de prevenção e promoção da saúde.

No contexto atual, diferentes sistemas definem deficiência ou incapacidade de acordo com suas próprias necessidades e regulações; porém, ainda há uma hegemonia do modelo biomédico na orientação da compreensão desses fenômenos. Considerando que a abordagem do indivíduo incapacitado é influenciada pelo modelo adotado como referência, é importante investir no alinhamento conceitual que facilite a comunicação entre os atores envolvidos e ative o desenvolvimento de práticas articuladas (e não fragmentadas) intra e intersetorialmente.

Dentre os diferentes modelos utilizados para a definição e reconhecimento da condição de incapacidade para o trabalho, os mais amplamente difundidos têm sido o modelo biomédico, o modelo forense, o modelo social e o modelo biopsicossocial. A seguir, estão sistematizadas as principais características relacionadas a cada um desses modelos.

• **Modelo Biomédico:** este modelo define a incapacidade como uma consequência biológica do mau funcionamento do organismo, um atributo da pessoa, diretamente causado por doença, trauma ou outra condição de saúde. Assim, tem-se interesse na deficiência, doença ou “anormalidade” corporal e na maneira como essa produz algum grau de incapacidade ou limitação funcional. O cuidado oferecido é

individualizado, centrado na figura do médico ou de especialistas, que têm a função de “corrigir” o problema na estrutura do corpo da pessoa e, portanto, reparar a disfunção corporal (desvio da normalidade).

• **Modelo Forense:** modelo adotado pelas seguradoras de saúde (privada ou pública), que consiste na avaliação da incapacidade laboral pelo médico perito, fundamentada no modelo biomédico pela perícia médica para concessão de benefícios. Nesse sentido, a monetarização da incapacidade orienta uma avaliação minuciosa e exaustiva voltada para a detecção de inconsistências, ganhos secundários e/ou fraudes, sugerindo que as motivações do indivíduo poderão influenciar a sua decisão de retorno ao trabalho. Estabelece-se uma relação de impessoalidade entre o perito e o indivíduo periciado, o qual deve fornecer provas objetivas sobre a perda da sua capacidade. Segundo a lógica de causalidade dos modelos forense e biomédico, a incapacidade para o trabalho é explicada pela gravidade da condição, pela eficácia das intervenções de cuidados de saúde, pela ausência ou presença de incentivos econômicos para o retorno ao trabalho, bem como pela eficácia da abordagem da empresa (empregador) no gerenciamento da incapacidade (SCHULTZ et al, 2007).

• **Modelo Social:** entende a incapacidade como um problema socialmente criado, resultado da diminuição de oportunidades sociais para as pessoas e de barreiras atitudinais que oprimem, discriminam, excluem e, portanto, incapacitam o indivíduo. A experiência do corpo com impedimentos é discriminada pela “cultura da normalidade”. Por representar um problema socialmente criado (e não totalmente atributo de um indivíduo), a abordagem está centrada no ajuste ambiental, que demanda mudanças sociais e uma resposta política.

• **Modelo Biopsicossocial:** a incapacidade é entendida como um fenômeno complexo, multideterminado, resultado da interação dinâmica entre as condições de saúde (doença, trauma, lesões, distúrbios) e o contexto ambiental onde as pessoas

vivem. Também, atribui a importância dos fatores psicossociais na mediação da reação do indivíduo a uma lesão. Nesses termos, a abordagem deve ser realizada por uma equipe multiprofissional, que atue de forma interdisciplinar, tendo em vista a valorização da funcionalidade do indivíduo.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), pautada nos princípios da equidade, da inclusão e respaldada na produção de conhecimento neste tema, tem investido na oferta de instrumentos aos países (Estados Membros). Trata-se de instrumentos elaborados para contribuir na melhoria das políticas de saúde e da saúde da população, além de assegurar sistemas nacionais de saúde justos e com melhor custo-efetividade que garantam ao indivíduo explorar suas oportunidades no maior grau possível.

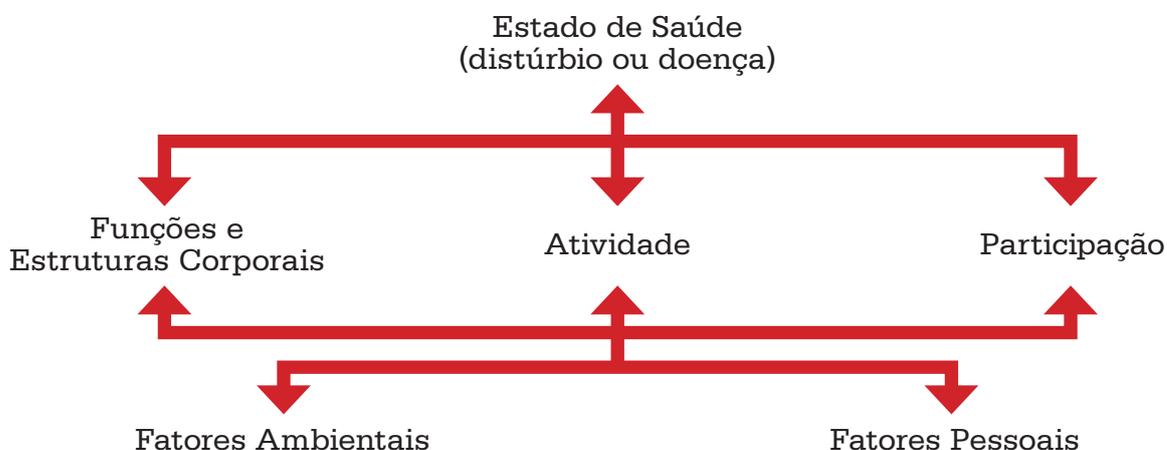
Nesse sentido, a OMS traz grande contribuição para a compreensão acerca da prevenção e do manejo da incapacidade para o trabalho ao propor a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Baseada no modelo biopsicossocial, a CIF reconhece a incapacidade como um fenômeno complexo, resultante da interação entre os atributos da pessoa e o seu contexto (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). Tal concepção é formulada a partir do reconhecimento dos limites do diagnóstico médico tanto para prever a necessidade de serviços, do tempo de hospitalização, do nível de cuidado, dos resultados funcionais, quanto para prever o recebimento de benefícios por incapacidade, o desempenho para o trabalho, o potencial para o retorno ao trabalho ou para a integração social.

A Figura 1 representa os três níveis de funcionalidade humana classificada pela CIF: a funcionalidade no nível do corpo ou parte do corpo, a pessoa como um todo e a pessoa como um todo em um contexto social. A partir dessa compreensão, entende-se que a incapacidade pode envolver disfuncionalidade em um ou mais dos mesmos níveis: deficiências, limitações de atividade e restrições à participação. Para melhor entendimento, descreve-se abaixo as definições formais dos componentes da CIF, conforme a Organização Mundial da Saúde (2003, p.10):

- **Funções do Corpo:** são funções fisiológicas dos sistemas corporais, incluindo as funções psicológicas.
- **Estruturas do Corpo:** são partes anatômicas do corpo, tais como órgãos, membros e seus componentes.
- **Deficiências:** são problemas na função ou estrutura do corpo, tais como uma perda ou desvio significativo.
- **Atividade:** é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo.
- **Participação:** é o envolvimento em uma situação de vida.
- **Limitações na Atividade:** são dificuldades que um indivíduo pode ter para executar atividades.
- **Restrições à Participação:** são problemas que um indivíduo pode ter no envolvimento em situações de vida.
- **Fatores Ambientais:** são compostos pelo ambiente físico, social e de atitudes em que as pessoas vivem e conduzem suas vidas.

A concepção de incapacidade para o trabalho é assumida neste documento enquanto uma condição

**FIGURA 1:** Modelo de Funcionalidade Humana da CIF



Fonte: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) proposta pela ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2003)



vivida pelo trabalhador de incapacidade de estar no trabalho apesar de querer estar em atividade, em decorrência das barreiras oriundas dos diferentes sistemas envolvidos na sua reabilitação: sistema de saúde, sistema de compensação (INSS), sistema de trabalho (condições de trabalho) e sistema pessoal (indivíduo, família, comunidade) (LOISEL, 2005). Essa perspectiva defendida por Patrick Loisel (2005), denominada de Arena da Incapacidade, assume a incapacidade como um fenômeno de interação – indivíduo-contexto – e abre inúmeras possibilidades de ação para o campo da Saúde Pública, sendo a iniciativa apresentada neste documento um exemplo desse tipo de intervenção.

O paradigma da incapacidade, proposto por Loisel (2009), amplia o foco da atenção, da pesquisa e do cuidado à saúde do pólo da doença para o pólo da incapacidade para o trabalho. Reconhece a incapacidade para o trabalho enquanto um evento específico, resultado de múltiplos determinantes de diferentes dimensões e sistemas conforme mencionado anteriormente. Sob este ponto de vista, uma condição de saúde (aguda ou crônica) provoca múltiplos impactos sobre a vida do indivíduo, desorganizando sua rotina, seu desempenho nas atividades da vida diária, inclusive no trabalho e nas suas interações sociais. O prolongamento desta condição e as inúmeras barreiras enfrentadas na interação com os diferentes sistemas adicionam progressivamente dificuldades e rupturas ao cotidiano desse(a) trabalhador(a), configurando como resultado a condição de incapacidade prolongada para o trabalho.

Apontando algumas evidências que ratificam essa ideia, o autor toma como exemplo a lombalgia e

distúrbios musculoesqueléticos e chama a atenção para alguns determinantes pessoais, do local de trabalho, dos sistemas de saúde e do sistema de compensação. Mais do que apenas variáveis isoladas, os autores enfatizam que esses determinantes encontram-se em constante interação, direcionando de maneira positiva ou negativa o processo de reabilitação e o retorno ao trabalho sustentado e satisfatório (LOISEL, 2009; LOISEL; ANEMA, 2013).

Do ponto de vista do indivíduo, vem sendo confirmado pela literatura que a condição de incapacidade prolongada poucas vezes está associada a fatores puramente físicos (doença ou patologia específica), embora haja algumas exceções - bandeiras vermelhas<sup>4</sup>, que precisam ser identificadas e tratadas o mais brevemente possível de maneira eficaz. A perda da capacidade para o trabalho, o afastamento das atividades cotidianas e a perda do trabalho (por invalidez ou desemprego) geram inúmeros prejuízos e refletem experiências subjetivas influenciadas por fatores psicossociais, tais como o medo, atitudes não adaptativas, percepção de baixo suporte social, baixa auto-eficácia<sup>5</sup> e estratégias de enfrentamento inadequadas. Vale ressaltar que o medo do retorno ao trabalho reflete a percepção de que o trabalho encerra perigo para a saúde em decorrência das condições de trabalho não modificadas, pela ameaça do desemprego ou ainda pelo afastamento por longo tempo das atividades de trabalho, com defasagem na condição de competitividade após o retorno. Nesse sentido, a maioria dos determinantes da incapacidade enquadra-se na categoria de fatores psicossociais e precisam, portanto, ser identificados e priorizados nos planos individuais de reabilitação.

<sup>4</sup> O sistema de bandeiras tem sido amplamente utilizado enquanto um guia voltado para estratificação de demandas e reconhecimento de barreiras de trabalhadores em Programas de Retorno ao Trabalho. Este sistema apresenta inicialmente duas grandes categorias: bandeiras clínicas e bandeiras psicossociais. Para os Distúrbios Musculoesqueléticos, as bandeiras vermelhas correspondem a indicadores de possíveis patologias de alta gravidade (por exemplo: quadros inflamatórios, neurológicos, circulatórios, infecciosos dentre outros) que indicam a necessidade de intervenção médica imediata. As bandeiras psicossociais (bandeiras amarelas, azuis e pretas) sinalizam características do indivíduo e da interação indivíduo-contexto (BUTMANN; BROUWER, 2013; ROWE, 2015).

<sup>5</sup> Auto-eficácia é um conceito criado nos anos 90 que reconhece o julgamento pessoal sobre o quanto uma pessoa acredita que pode realizar atividades e comportamentos específicos em um contexto particular. Está relacionada às expectativas e autoconfiança (BANDURA, 1997, apud WADDELL; BURTON, 2004; ARNSTEIN et al. 1999, apud WADDELL; BURTON, 2004). Uma baixa auto-eficácia significa a crença de que não será capaz de manejar os sintomas adequadamente e desenvolver estratégias adaptativas apesar dos sintomas. Essa é uma situação bem descrita em pessoas com dor crônica.



Do ponto de vista do local de trabalho (ambientes e processos de trabalho) os principais determinantes são: ritmo acelerado; trabalho extenuante (exaustivo, penoso); fatores organizacionais; impossibilidade de retorno ao trabalho gradual; relações interpessoais no trabalho pouco satisfatórias, notadamente as atitudes do supervisor. Portanto, conduzir processos de reabilitação profissional implica em conhecer o trabalho e promover mudanças nas condições de trabalho de acordo com as necessidades dos binômios indivíduo-contexto, indivíduo-coletivo.

Do ponto de vista do sistema de saúde, vários impactos negativos são relatados, que reforçam as apreensões e os medos do(a) trabalhador(a) adoecido(a) e interferem negativamente no seu processo terapêutico e de reabilitação: a frustração da expectativa de cura de quadros crônicos, que não serão inteiramente eliminados; a fragilidade em incluir estratégias de cuidado da pessoa com doença crônica (manejo de casos, autogerenciamento do cuidado e a ampliação da autonomia); a múltipla denominação dos quadros crônicos (por exemplo, hérnia de disco e protrusão discal), com uso de sinônimos para definir quadros clínicos ou diagnósticos conflitantes, sem significado clínico.

Finalmente, do ponto de vista dos sistemas de compensação (seguro saúde privado ou público, INSS e outros), as exigências médico-legais de certificação de

doença, a multiplicidade de exames complementares, não justificados clinicamente, principalmente para lesões teciduais leves e enfermidades de difícil mensuração, assim como as dificuldades para o reconhecimento e valorização dos quadros de transtornos mentais, promovem muitas vezes sentimentos de injustiça (COUTU, 2007) e movem o(a) trabalhador(a) à busca de seus direitos, entrando em litígio com a previdência social e com o empregador. Esse percurso, legítimo, atrasa o processo terapêutico e mantém esse(a) trabalhador(a) na busca da legitimação de seu adoecimento.

Além desses determinantes da incapacidade prolongada em cada sistema, um aspecto central desse paradigma é a prioridade da comunicação entre os sistemas. A atuação interinstitucional (SUS, INSS, MTE), com o desenvolvimento de ações coordenadas e a busca conjunta de novas soluções voltadas para a qualificação do cuidado do(a) trabalhador(a) em situação de adoecimento (gerenciamento de caso) e para o coletivo de trabalhadores(as) em condição semelhante (setor de trabalho, empresa, ramos de atividade) é reconhecido aqui como meta, mas também como a principal inovação potencial desse paradigma, pois aponta para a almejada integração assistência e vigilância à saúde.

Esta discussão já foi apresentada em publicações anteriores (LIMA et al, 2010; LIMA et al, 2011), quando se defende a formação de novas práticas e novos praticantes

capazes de compreender a complexidade desse fenômeno – a incapacidade prolongada – e agir por meio de uma abordagem interdisciplinar no sentido da produção do cuidado integral à saúde desses trabalhadores.

Os elementos até aqui apresentados têm orientado inúmeros programas de retorno ao trabalho internacionalmente, associando o modelo biopsicossocial para o levantamento de demandas e formatação de planos de reabilitação, o gerenciamento de casos, a coordenação de ações e a negociação entre os atores sociais.

## 1.1 Prevenção da incapacidade prolongada: ação de Saúde Pública

A prevenção da incapacidade prolongada é uma ideia-força para operar ações em um novo paradigma e constitui uma inovação na saúde pública, pois toma como ponto de partida o impacto negativo produzido pelo adoecimento em interação com um contexto, a incapacidade, e não um diagnóstico específico de doença. Loisel e Côté (2013) partem do modelo da História Natural da Doença de Leavell e Clark (1965), enquanto uma referência histórica da Saúde Pública, que orienta as estratégias de prevenção em três níveis (primário, secundário e terciário) e concentram seus argumentos na importância da identificação e intervenção sistêmicas sobre os determinantes da incapacidade. Tomando como exemplo a lombalgia em trabalhadores, os autores apontam que, apesar da alta prevalência, apenas um pequeno número de trabalhadores apresentará a condição de incapacidade prolongada para o trabalho. Esses autores retomam a literatura recente que reforça o entendimento de que a maioria dos determinantes da incapacidade para o trabalho não está na medula espinhal, mas nas preocupações dos trabalhadores, percepções, condições de trabalho ou atitudes dos atores sociais envolvidos no processo de reabilitação dos trabalhadores (empregador, perícia médica, profissionais de saúde, movimento sindical) (LOISEL; CÔTÉ, 2013, Tradução Livre).

Nessa direção, os autores pontuam o reconhecimento da pouca efetividade das estratégias tradicionais de prevenção primária para dor lombar e o progressivo aumento da prevalência de lombalgia entre trabalhadores. Alguns elementos dessa proposta confluem para a discussão de novos paradigmas da ciência, sendo o principal deles a proposição da incapacidade prolongada como um resultado síntese, dinâmico, do mau funcionamento (disfunction) dos vários sistemas e atores sociais envolvidos na constituição, manejo e gerenciamento da incapacidade para o trabalho. Essa inovação paradigmática se daria centralmente pela mudança de foco das ações

exclusivamente voltadas para o indivíduo e a doença (disease), para ações voltadas para as interações (micro, meso e macro) entre indivíduo-contexto (indivíduo-sistemas, atores sociais-sistemas).

A analogia dos autores com a ideia de uma arena integra elementos centrais sobre o problema da incapacidade para o trabalho e as ações aqui propostas. Reconhecem este enquanto um espaço de interações sociais, nem sempre harmoniosas e frequentemente desiguais, que, se coordenadas, sob a visibilidade e interlocução dos atores sociais, com diferentes pontos de vista, constitui-se num espaço potente para a mudança da situação de saúde dos(as) trabalhadores(as), das condições de trabalho e da participação dos demais atores envolvidos na reabilitação de trabalhadores(as).

Nesta perspectiva, e considerando a experiência do projeto piloto desenvolvido pelo GT Reabilitação, a equipe técnica defende a pertinência da atuação do SUS nesta temática, enquanto potencial mediador da implementação de política pública e inovação de práticas no campo da saúde do trabalhador. Entende, também, que pautar a permanência e/ou o retorno ao trabalho fortalece o reconhecimento da necessidade dessa parcela da população de dispor não somente de ações de assistência à saúde (diagnóstico e tratamento), mas de ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho no âmbito do cuidado com esse(a) trabalhador(a) e a construção de agenda pública sobre a reabilitação profissional, enquanto direito à inclusão social (MAENO; VILELA, 2010).

## 1.2 Por que a incapacidade para o trabalho é um problema de Saúde Pública?

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) abre a perspectiva do SUS acolher um amplo leque de demandas da população trabalhadora enquanto problemas de saúde pública, na medida em que define como seus três primeiros objetivos: 1) o fortalecimento da Vigilância da Saúde do Trabalhador (VISAT) e a integração com os demais componentes da Vigilância em Saúde (Visau); 2) a promoção da saúde e de ambientes e processos de trabalho saudáveis; e 3) a garantia da integralidade na atenção à saúde do trabalhador. Esta política de saúde, orientada pelo movimento da reforma sanitária e pelo campo de saberes e práticas da Saúde Coletiva, amplia as possibilidades de compreensão do que é um problema de saúde pública e os meios de intervenção sobre ele.

Em debate impulsionado pela pergunta O que é “um problema de saúde pública”?, conduzido pela

Revista Brasileira de Epidemiologia, Costa e Victora (2006) visitam alguns textos clássicos da saúde pública e apontam para a pertinência de se resguardar alguns princípios para a utilização desta terminologia, quais sejam: que seja um problema importante, caracterizado pela sua natureza, extensão, severidade e significância (LEAVELL; CLARK, 1965), que apresente confirmado impacto no indivíduo e na sociedade e se possa demonstrar o custo-efetividade e custo-utilidade das intervenções adotadas.

O processo de decisão e priorização de problemas de saúde tem pautado importantes debates internacionais respondendo à contradição básica enfrentada pelos gestores da saúde pública: o crescimento das necessidades de saúde e a redução proporcional de recursos para a saúde. No caso da incapacidade para o trabalho, caracterizada pelo aumento progressivo do adoecimento e afastamento do trabalho, a dependência de benefícios, acometimento de jovens em decorrência de distúrbios musculoesqueléticos, problemas de saúde mental e a transição demográfica que responde pelo prolongamento da expectativa de vida e adoecimento crônico, tem demandado investimento em novas tecnologias multicomponentes e políticas de saúde mobilizadoras de atores sociais em vários países do mundo (PRINS, 2013).

Tomar a incapacidade para o trabalho como alvo de intervenção da saúde pública abre novos desafios e amplia as possibilidades de se obter maior efetividade das ações em reabilitação profissional, do retorno ao trabalho sustentado e a promoção da manutenção no trabalho, dado que:

- a condição de incapacidade prolongada para o trabalho, tomada como caso-índice, denota a falência das ações de saúde em vários níveis (primário, secundário, terciário e quaternário<sup>6</sup>);
- a prevenção da incapacidade prolongada requer: identificação dos determinantes da incapacidade no contexto local, no indivíduo e no contexto social; o estudo das suas interações na determinação da incapacidade; a definição de ações voltadas para os diferentes níveis de prevenção (primário, secundário, terciário e quaternário); a transversalidade das ações nos diferentes níveis das redes de atenção à saúde, a integralidade e a intersetorialidade.

A proposta de intervenção para a Renast-BA, aqui apresentada, sustenta-se nos modelos da Vigilância em Saúde (Visau), Biopsicossocial, da CIF e de Gerenciamento de Caso, resumidos como segue.

#### Modelo da Visau e Visat

Baseia-se na perspectiva da vigilância em saúde e da vigilância da saúde do trabalhador, como proposta de ação processual e pedagógica, que articula práticas sanitárias com objetivo de promover e proteger a saúde e produzir tecnologias de intervenção, não somente sobre fatores e situações de risco específicas, mas também capazes de intervir sobre e modificar condicionantes e determinantes da saúde (dos trabalhadores e trabalhadoras). Assim, compreende-se que para responder às necessidades sociais que emergem do processo de reabilitação de trabalhadores, é necessária a **articulação de ações individuais e coletivas, assistenciais e preventivas, intra e intersetoriais**, na busca da integralidade da atenção. Considera, ainda, a **ética da intervenção**, cujo objetivo – a melhoria das condições de trabalho e saúde dos(as) trabalhadores(as) – deve, ao mesmo tempo, incorporar a **subjetividade e participação dos trabalhadores(as)** nesse processo.

#### Modelo biopsicossocial

Reconhece que o fenômeno da saúde-doença e seu correlato – a incapacidade – é consequência da **integração das dimensões social, psicológica e biológica, em um todo dinâmico/integrado**, onde cada parte tem sentido e ganha existência a partir de sua integração nas outras.

#### Modelo da CIF

Integra as dimensões **“atividades humanas” e “participação social”** (aspectos do contexto) na compreensão clínica das **“funções e estruturas” do corpo**. Retrata aspectos de **funcionalidade, incapacidade e saúde** das pessoas, a partir da compreensão dos estados de saúde e de condições relacionadas, bem como determinantes e efeitos.

#### Modelo gerenciamento de caso

- Valoriza a atuação em **equipes multiprofissionais e abordagens interdisciplinares**, com **foco nas interações** presentes na arena de atores sociais (LOISEL, 2005).
- Este modelo situa o **trabalhador no centro de quatro sistemas principais** que **influenciam a situação de limitação para o trabalho**: sistema pessoal, sistema de saúde, sistema do local de trabalho e sistema de compensação.
- Na interação entre o trabalhador doente e os múltiplos sistemas, os **atores sociais interessados mobilizam-se de forma dinâmica**, conformando um sistema de multi-influência que **toma como central a comunicação e a negociação** dos envolvidos no problema da reabilitação (SCHULTZ et al, 2007).

<sup>6</sup> O conceito de prevenção quaternária proposto por Jamoulle e Roland (1995, apud BRASIL, 2014) amplia a abrangência das ações de prevenção na Atenção Primária com foco na prevenção dos efeitos da interação do profissional de saúde (orientado para o diagnóstico de doenças) e a pessoa que se sente doente e busca resposta no serviço de saúde. Quando o diagnóstico de doença (patologia biomédica) não é claro, mas o sujeito reconhece a presença de uma enfermidade (experiência de doença), estes autores alertam para o “risco de superprevenção, superdiagnóstico e supermedicalização” (BRASIL, 2014, p. 28). No centro deste conceito está a crítica à iatrogenia social, denunciada por Illich (1975), enquanto “um efeito social não desejado e danoso do impacto social da medicina, mais do que o de sua ação técnica direta” (ILLICH, 1975, p. 43). Essa situação é bem caracterizada nos casos de pessoas com dor crônica e distúrbios musculoesqueléticos.



### 1.3 A experiência do Cesat/Divast no Programa de Retorno ao Trabalho

Pensar a reabilitação de trabalhadores com LER/DORT no SUS, agregando os referenciais da Vigilância à Saúde, da Reabilitação Biopsicossocial e do Gerenciamento de Caso foi o desafio proposto pelo Cesat/Divast e concretizado por meio do projeto piloto Programa de Retorno ao Trabalho de Trabalhadores com LER/DORT (PRT-Cesat).

O PRT-Cesat foi desenvolvido no período de 2010 a 2012, com fomento do Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS): Gestão Compartilhada em Saúde (Fapesb/Sesab/MS/CNPq/2009). Este projeto, de pesquisa-intervenção, teve como objetivo produzir tecnologia de saúde voltada para a reabilitação de trabalhadores(as) com LER/DORT, a partir da articulação entre ações de atenção, vigilância em ambientes e processos de trabalho e mobilização de diferentes atores sociais interessados na reabilitação de trabalhadores(as).

No ano de 2013, iniciou-se o processo de sistematização e análise dos dados empíricos produzidos nos dois anos de desenvolvimento do PRT-Cesat. As fontes de evidências utilizadas abrangeram documentos não publicados (relatórios das intervenções, fichas de acompanhamento individual, anotações da equipe multiprofissional decorrentes de observação direta e observação participante), áudios de reuniões e de atividades realizadas com representantes

da empresa e trabalhadoras participantes do projeto.

Uma primeira análise do material empírico levou à identificação de ações desenvolvidas em diferentes dimensões, sendo então delineadas quatro unidades de análise necessárias para a descrição do processo de implementação do PRT: o indivíduo, o ambiente de trabalho, os atores sociais e a coordenação do programa. Para cada unidade foi inicialmente construída uma matriz descritiva, reunindo as inúmeras atividades realizadas ao longo do tempo, objetivos e forma de condução, obedecendo à ordem cronológica em que foram registrados.

As matrizes descritivas possibilitaram a caracterização do contexto da intervenção e a identificação dos aspectos mais relevantes que se apresentaram no processo de implementação do PRT-Cesat. Para as ações e atividades desenvolvidas, por unidade de análise, foram listados os respectivos facilitadores, barreiras e estratégias adotadas pela equipe multiprofissional coordenadora do programa para enfrentar as dificuldades e fortalecer os elementos favoráveis. As matrizes produzidas passaram por um intenso processo de análise, com rodadas de discussão entre as autoras dessas orientações técnicas. Por fim, a realização de duas oficinas envolvendo os membros da equipe multiprofissional coordenadora do projeto e duas consultoras externas possibilitaram a validação de conteúdo das matrizes acerca dos facilitadores, barreiras e estratégias adotadas no processo de implementação do programa.

A experiência adquirida pela equipe do Cesat/ Divast na estruturação e desenvolvimento de tecnologia de saúde voltada para reabilitação biopsicossocial de trabalhadores, respaldada por referenciais teóricos e outras experiências, possibilitou perceber que o desenvolvimento de ações voltadas para a prevenção da incapacidade prolongada para o trabalho pode ocorrer a partir da implementação de programas de retorno ao trabalho.

#### 1.4 O modelo lógico do Programa de Retorno ao Trabalho para a Renast-BA

A análise dessa experiência possibilitou a identificação de componentes essenciais e a construção do modelo lógico do PRT aqui proposto para a Renast-BA. Conforme afirma Medina baseada em Rowan (2000, apud Medina et al, 2005, p. 46), o modelo lógico é “um esquema visual que apresenta como um programa deve ser implementado e que resultados são esperados” (Medina et al, 2005, p. 46). Ainda segundo Medina,

*“Construir o desenho lógico de um programa significa esquadrihá-lo em termos da constituição de seus componentes e da sua forma de operacionalização,*

*discriminando todas as etapas necessárias à transformação de seus objetivos em metas, abstraindo-se aqui suas determinações contextuais”* (MEDINA et al, 2005, p. 48).

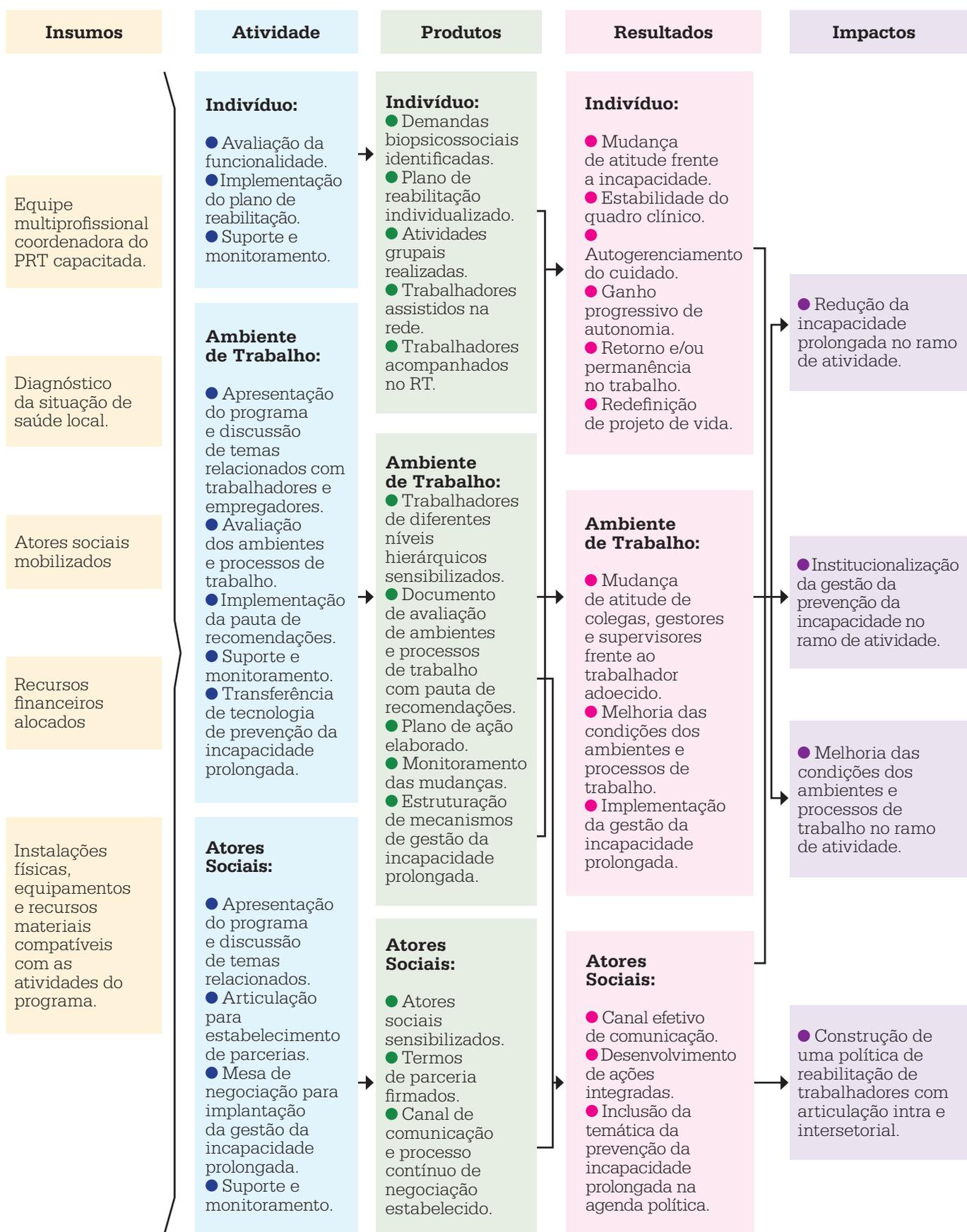
Sendo assim, o modelo lógico proposto para a Renast-BA (Figura 2) articula os elementos norteadores para o planejamento e implantação de programas de retorno ao trabalho a partir do desenvolvimento de ações sincrônicas em três dimensões (indivíduo, ambiente de trabalho e atores sociais) que integrem a assistência e vigilância da saúde do trabalhador (Visat) e estejam articulados intra e intersetorialmente. Orienta-se que as intervenções sejam realizadas na perspectiva da prevenção da incapacidade prolongada e da promoção da manutenção ou retorno ao trabalho de forma sustentável, o mais precocemente possível.

Neste modelo lógico, cada um dos elementos norteadores para o planejamento e as intervenções – atividades, produtos e resultados – é definido segundo as três dimensões – indivíduo, ambiente de trabalho e atores sociais –, que requerem um conjunto de insumos para sua operacionalização de modo a gerar os impactos esperados.

Os insumos devem ser entendidos como os recursos necessários para dar sustentação às ações previstas para o PRT, sendo eles:



**FIGURA 2:** Modelo lógico do Programa de Retorno ao Trabalho para a Renast-BA



Representação visual do modelo lógico proposto para implantação de PRT na Renast-BA

● **Equipe multiprofissional coordenadora do programa capacitada:** para a condução do PRT é indispensável que os Cerest disponham de uma equipe multiprofissional que atue na perspectiva interdisciplinar, esteja capacitada nos referenciais teóricos e, também, habilitada para atuar na estruturação, desenvolvimento e monitoramento da intervenção.

● **Diagnóstico da situação de saúde local:** a equipe deverá conhecer previamente as características do local (estabelecimento, município, região etc.) onde serão desenvolvidas as ações. Cabe à equipe coordenadora identificar quais os setores ou ramos de atividade com maior incidência e prevalência de agravos relacionados ao trabalho com grande potencial incapacitante, mediante levantamento da situação de saúde dos(as) trabalhadores(as). Esse levantamento pode ser realizado em bases de dados secundários, como: relatórios de saúde e de afastamento do trabalho dos SESMT, sistemas de informação do SUS (Sinan, SIM, SIH), casos registrados na Previdência Social (SABi/SUB) dentre outros.

**ATENÇÃO:**

**Conhecer a situação de saúde dos(as) trabalhadores(as) no local permitirá uma avaliação prévia da factibilidade, do impacto da intervenção e dos resultados esperados.**

● **Atores sociais mobilizados:** devem ser identificados os atores sociais locais que possam ser envolvidos com a temática da prevenção da incapacidade para o trabalho, nas redes de atenção e vigilância à saúde, instâncias de participação e controle social, sindicatos, associações e entidades dos movimentos sociais, universidades, INSS, MTE, dentre outros. É necessário que a equipe coordenadora do programa mobilize, sensibilize e estabeleça comunicação direta com os atores sociais envolvidos. Considera-se essa comunicação como elemento central para sustentar a discussão, a tomada de decisão conjunta e a mediação de interesses das partes, tendo em vista a promoção de uma ação contextualizada. Diante dessa complexidade, uma estratégia para conquistar a confiança dos atores sociais é a exposição clara dos objetivos da intervenção e dos pressupostos que a orientam.





### **ATENÇÃO:**

**Para a implementação do programa é importante considerar aspectos do contexto local, notadamente, quanto ao perfil produtivo, a rede de serviços de saúde, nível de organização e participação do controle social, a equipe de coordenação e a equipe técnica envolvida.**

- **Recursos financeiros alocados:** a identificação de fontes de recursos orçamentários e financeiros, sejam eles próprios ou captados através de parcerias ou projetos de pesquisa-intervenção, com garantia de sua alocação para as ações, é condição fundamental para o êxito do programa.
- **Instalações físicas, equipamentos e recursos materiais compatíveis com as atividades do programa:** a coordenação do programa deve definir as necessidades e buscar meios de provê-las, de modo a viabilizar condições de trabalho adequadas para a intervenção.

Ressalta-se que esses insumos constituem-se pré-requisitos para o desenvolvimento do PRT, ficando sob responsabilidade da equipe coordenadora do programa a sua adequada utilização para garantir a implementação das ações previstas e o alcance dos resultados esperados.

A adoção de modelos teóricos orientadores possibilita um alinhamento conceitual entre os técnicos da coordenação do programa e a condução interdisciplinar das intervenções, bem como a estruturação de ações de sensibilização e educação permanente voltadas para os atores envolvidos. Os pressupostos teóricos da vigilância em saúde, reabilitação biopsicossocial, modelo da CIF e modelo de gerenciamento de casos são referenciais que fundamentam essa proposta de intervenção.

O entendimento e os conteúdos das atividades, segundo as três dimensões (indivíduo, ambiente de trabalho, atores sociais), bem como os respectivos produtos e resultados esperados com a implantação do PRT estão explicitados nos itens da Parte II a seguir.

Os principais impactos a serem atingidos com o desenvolvimento de um programa como este compreendem: redução da incapacidade prolongada no ramo de atividade econômica selecionado para a intervenção; progressiva institucionalização da gestão da prevenção da incapacidade nos estabelecimentos que compõem o ramo de atividade econômica; melhoria das condições dos ambientes e processos de trabalho nos estabelecimentos do ramo de atividade econômica em que houve a intervenção; e construção de uma política de reabilitação de trabalhadores(as) com articulação intra e intersetorial.



## PARTE II

# Desenvolvendo ações de prevenção da incapacidade prolongada e reabilitação biopsicossocial na sua região

A leitura cuidadosa dos tópicos iniciais dessas orientações técnicas é indispensável para a compreensão dos desafios postos à estruturação e implementação das ações de prevenção da incapacidade prolongada e reabilitação biopsicossocial a partir do desenvolvimento de Programas de Retorno ao Trabalho (PRT).

Tais programas podem ser desenvolvidos em

empresa, setor ou ramo de atividade econômica, selecionados a partir de critérios de elegibilidade pré-definidos, a exemplo de: importância econômica da atividade produtiva, perfil de morbimortalidade, número de trabalhadores(as) atingidos(as) ou expostos(as), existência de demanda organizada, factibilidade e possibilidade de êxito na adoção de medidas de prevenção (BAHIA, 2012).

### LEMBRE-SE

- A incapacidade para o trabalho é um fenômeno complexo que se caracteriza como limitação para o desenvolvimento de atividades e restrições na participação social, resultado da interação estabelecida entre o indivíduo, seu estado de saúde-doença e o seu contexto.
- A prevenção da incapacidade prolongada para o trabalho exige a transição do modelo biomédico para o biopsicossocial e o de interação pessoa-ambiente. Essa transição leva necessariamente a mudanças na concepção e organização das intervenções nesse campo de atuação.
- A coordenação das ações de prevenção da incapacidade prolongada para o trabalho deve ser realizada por uma equipe multiprofissional que tenha uma atuação interdisciplinar.
- Interdisciplinaridade é entendida como um eixo articulador da cooperação entre os diversos saberes e práticas para que possa de fato ocorrer uma apreensão da saúde em todas suas dimensões inclusive do contexto no qual o(a) trabalhador(a) está inserido(a).

A seguir serão apresentadas as três dimensões (indivíduo, ambiente de trabalho e atores sociais) e os respectivos componentes essenciais do PRT proposto para a Renast-BA, considerando os elementos norteadores – atividade, produtos e resultados, que compõem o modelo lógico adotado (Figura 2).

Ressalta-se que essa é uma divisão meramente didática, não havendo uma ordem hierárquica entre as dimensões, pois, conforme já abordado, a incapacidade para o trabalho é um fenômeno complexo e multideterminado. Nesse sentido, a identificação de uma situação de risco para incapacidade ou de incapacidade instalada requer o desenvolvimento de ações sincrônicas, coordenadas e negociadas, direcionadas para os diferentes níveis de intervenção. Salienta-se a importância da estruturação de um projeto de intervenção com o planejamento das ações a serem executadas, bem como do registro sistemático de todas as ações realizadas relacionadas à operacionalização e à coordenação do projeto (Apêndice 1).

## 2.1. Dimensões e componentes essenciais para o desenvolvimento de Programa de Retorno ao Trabalho - Renast-BA

A identificação das dimensões e seus componentes essenciais para a implantação do PRT atendeu à necessidade de buscar na literatura as características mais efetivas e eficazes da intervenção. Quando os “ingredientes ativos” (ou seja, as características mais eficazes) podem ser mantidos na replicação ou adaptação da intervenção torna-se possível obter resultados semelhantes aos demonstrados em um outro contexto. De acordo com pesquisas de avaliação de programas de retorno ao trabalho (COSTA-BLACK, 2013), a previsão dos componentes essenciais orienta o desenvolvimento de um novo programa, tendo em vista o conhecimento precedente do que deve ser mantido para garantir a sua efetividade.

**QUADRO 1:** Dimensões e componentes essenciais do PRT para a Renast-BA

<b>Dimensão</b>	<b>Componentes essenciais (atividades)</b>
<b>Indivíduo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• avaliação da funcionalidade</li> <li>• implementação do plano de reabilitação individualizado</li> <li>• suporte e monitoramento</li> </ul>
<b>Ambiente de Trabalho</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• apresentação do programa e discussão de temas relacionados com trabalhadores e empregadores</li> <li>• avaliação dos ambientes e processos de trabalho, com elaboração de recomendações voltadas para o retorno ao trabalho</li> <li>• implementação da pauta de recomendações</li> <li>• suporte e monitoramento</li> <li>• transferência de tecnologia de prevenção da incapacidade prolongada</li> </ul>
<b>Atores Sociais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• apresentação do programa e discussão de temas relacionados</li> <li>• articulação para estabelecimento de parcerias</li> <li>• mesa de negociação para implantação da gestão da incapacidade prolongada</li> <li>• suporte e monitoramento</li> </ul>

O Quadro 1 apresenta os componentes essenciais do PRT, entendidos como as atividades a serem realizadas em cada dimensão.

### 2.1.1 Dimensão Indivíduo

A dimensão indivíduo diz respeito às ações voltadas para trabalhadores(as) expostos(as) a situações de risco no ambiente e processos de trabalho, em processo de adoecimento com redução da produtividade (presenteísmo) ou afastados(as) temporariamente do trabalho. Os pressupostos norteadores das intervenções desenvolvidas nessa dimensão consideram cada trabalhador(a) como um ser singular, dotado(a) de anseios e desejos, com habilidades e capacidades próprias e que deve ter participação ativa no seu processo de reabilitação.

Para isso, assume-se nessa intervenção a abordagem biopsicossocial, tanto para o levantamento de demandas de reabilitação, quanto na oferta de tratamento. A complexidade do processo saúde-doença com múltiplos determinantes sociais (relações entre classes sociais, perfil sócio-econômico e cultural, processos de trabalho) e a forma como cada pessoa e grupo social reagem subjetiva e intersubjetivamente às demandas físicas e psicossociais justificam a abordagem e as tecnologias aqui propostas.

As intervenções devem possibilitar: a compreensão do(a) trabalhador(a) sobre o processo do adoecimento; os limites do seu corpo; as novas formas de FAZER; a estabilização do quadro clínico; o ganho progressivo de autonomia; o retorno ou a permanência sustentável no trabalho e, até mesmo, a resignificação e redefinição de projetos de vida. Nesse sentido, os componentes essenciais dessa dimensão abrangem:

#### ● A avaliação de funcionalidade

Os primeiros aspectos a serem considerados na avaliação da funcionalidade do(a) trabalhador(a) são: garantir o estabelecimento de uma relação de confiança entre a equipe coordenadora e o(a) trabalhador(a) e possibilitar a sua implicação no processo de reabilitação. Nesse sentido, a clareza e a transparência na exposição sobre o programa pode viabilizar o processo de adesão dos(as) trabalhadores(as), facilitando o desenvolvimento da atividade de recrutamento, seleção para o programa e avaliação das demandas biopsicossociais.

A apresentação do programa para os trabalhadores e trabalhadoras deve expor os fatores que levaram ao desenvolvimento da proposta especificamente nesse local (estabelecimento, ramo de atividade etc.);

quais os objetivos e os termos estabelecidos para o desenvolvimento do programa; qual o papel dos envolvidos; qual a composição da equipe coordenadora do programa; possíveis benefícios previstos e resultados esperados com o desenvolvimento das ações.

A avaliação da funcionalidade/incapacidade para o trabalho consiste em coproduzir uma compreensão sobre o impacto da interação trabalhador-contexto. Deverá ser tomado como ponto de partida para a proposição de um plano de reabilitação e para o suporte e monitoramento durante o programa. Deve ser realizada por uma dupla de profissionais de áreas distintas para garantir um olhar ampliado sobre as demandas biopsicossociais de reabilitação. Esse momento privilegiado é definidor para a constituição do elo de relação entre equipe-trabalhador. O diagnóstico da funcionalidade/incapacidade é obtido por meio da análise dos resultados referentes às demandas biopsicossociais identificadas a partir de:

- roteiro de narrativa: possibilitar escuta sensível da livre expressão e percepção do(a) trabalhador(a) acerca do seu processo de adoecimento, a realização de atividades cotidianas, as vocações e habilidades atuais e suas perspectivas, independente do adoecimento (Apêndice 2).
- história clínica e ocupacional: identificar e descrever cronologicamente o problema de saúde do(a) trabalhador(a), relatando seu estado geral, os fatores agravantes ou atenuantes, os tratamentos aos quais foi ou está sendo submetido(a) e as medicações em uso. A história ocupacional busca orientar o raciocínio clínico quanto à contribuição do trabalho atual ou anterior na evolução ou no agravamento do adoecimento (Apêndice 3).
- exame físico: identificar sinais e sintomas presentes que podem levar a uma situação de incapacidade ou dificultar o processo de reabilitação do(a) trabalhador(a).
- modelo da CIF: registrar informações sobre os aspectos da funcionalidade e incapacidade relacionados aos domínios da estrutura do corpo, função do corpo, atividade e participação e fatores ambientais (facilitadores e barreiras), a partir da realização da análise compreensiva da narrativa do trabalhador à luz dos domínios supracitados. Também podem ser utilizados os checklist ou core set baseados na CIF: o checklist formulário clínico ([www.fsp.usp.br/cbcd/Material/CHECKLIST\\_DA\\_CIF.pdf](http://www.fsp.usp.br/cbcd/Material/CHECKLIST_DA_CIF.pdf)); o checklist LER/DORT (Apêndice 4); ou o core set reabilitação vocacional ([www.icf-research-branch.org/icf-core](http://www.icf-research-branch.org/icf-core)).

sets-projects-sp-1641024398/diverse-situations/icf-core-sets-for-vocational-rehabilitation). O uso desses instrumentos não é obrigatório, mas pode contribuir para o aprendizado do processo de análise compreensiva da funcionalidade.

■ roteiro de análise do trabalho: compreender a situação atual de trabalho, identificando as exigências presentes no ambiente de trabalho (físicas e relacionadas à organização do trabalho) que se configuram como facilitadores ou barreiras para a realização de suas atividades, bem como suas perspectivas em relação ao retorno ao trabalho (Apêndice 5).

### ● Implementação do plano de reabilitação individualizado (Apêndice 6)

As informações coletadas, sistematizadas e analisadas pela dupla de avaliadores deve buscar compreender os aspectos positivos (funcionalidade) e negativos (incapacidade) da interação da condição de saúde do indivíduo com os fatores contextuais na realização das atividades cotidianas e sua participação social. Tem-se como objetivo promover o maior grau de funcionalidade possível nas atividades cotidianas, a partir da manutenção e ampliação dos facilitadores e da atenuação ou remoção das barreiras presentes no contexto de vida de cada indivíduo.

#### **ATENÇÃO:**

**Uma escuta sensível é requerida para se identificar na fala do(a) trabalhador(a) a sua percepção acerca do que é ou não um facilitador no seu dia a dia. Portanto, busque informações sobre os tratamentos que estão sendo ou já foram realizados, que promovem alívio e bem-estar; as adaptações feitas em objetos; alterações no modo de fazer as atividades ou ajustes na sua rotina diária; a rede de apoio pessoal, dentre outras. Essas informações são relevantes para garantir um plano de reabilitação contextualizado e compatível às demandas de cada indivíduo.**

O plano de reabilitação deverá estar acompanhado de uma síntese da avaliação realizada para ser discutido

com a equipe multidisciplinar e validado com o(a) trabalhador(a).

A implementação do plano de reabilitação é caracterizada por ações em diferentes níveis:

- negociação do plano de reabilitação com o estabelecimento, naqueles casos em que o indivíduo estiver trabalhando;
- articulação com a rede assistencial: realizar comunicação com a rede assistencial ou com os profissionais de saúde para garantir a troca de informações e aprimoramento da terapêutica, preferencialmente de forma direta, com discussão da síntese da avaliação e do plano de reabilitação;
- oferecer ou encaminhar o trabalhador para a rede assistencial para realização de atividades grupais. De acordo com a experiência do GT Reabilitação e estudos de avaliação de efetividade de programas de prevenção da incapacidade para o trabalho (BÜLTMANN et al, 2009), trabalhadores submetidos a programa de atendimento grupal, com abordagem socioeducativa, psicoterápica e corporal (Apêndice 7), passam a compreender melhor o seu processo de adoecimento, a reconhecer e aprender a conviver com os limites do corpo, descobrindo novas possibilidades. Essas atividades também proporcionam a troca de experiências e informações com outros trabalhadores, o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento das limitações e a melhora de sintomas ansiosos e depressivos com ganho progressivo de autonomia.

### ● Suporte e monitoramento

O suporte e o monitoramento requeridos no gerenciamento de cada caso podem ser realizados de forma individual e/ou em grupo, no local de atendimento e, também, no ambiente de trabalho, para aqueles(as) trabalhadores(as) em atividade ou em processo de retorno ao trabalho.

No que diz respeito ao suporte, deve ser proporcionado um acolhimento do(a) trabalhador(a), com levantamento de demandas, manutenção do canal de comunicação e estabelecimento de relações de confiança entre trabalhadores(as) e equipe responsável pelo desenvolvimento das ações.

Durante o monitoramento do(a) trabalhador(a), os profissionais de referência podem avaliar se o plano de reabilitação proposto está sendo implementado e se os efeitos esperados estão sendo alcançados, identificando as necessidades de ajustes no plano de reabilitação.



Para tanto, deve-se adotar como principais referências ou indicadores: o ganho progressivo de autonomia, a estabilização do quadro clínico, o envolvimento motivacional, o reconhecimento do grau de satisfação com o programa e a identificação de novos objetivos e perspectivas profissionais.

Para facilitar o suporte e o monitoramento, recomenda-se a utilização de uma ficha individual para registro das demandas, atividades de acompanhamento desenvolvidas e os encaminhamentos dados pela equipe ou profissional de referência (Apêndice 8).

### 2.1.2 Dimensão Ambiente de Trabalho

Essa dimensão diz respeito às ações voltadas para as condições dos ambientes e processos de trabalho, tendo em vista a identificação e intervenção sobre os fatores de risco e as barreiras, a prevenção da incapacidade, a

permanência saudável ou o retorno ao trabalho.

Parte-se do pressuposto de que a incapacidade é resultado da interação do indivíduo com as barreiras existentes no contexto (pessoal ou socioambiental) do indivíduo. No que diz respeito ao trabalho, essas barreiras podem ser representadas por aspectos objetivos (físicos, químicos, estruturais etc.) ou subjetivos (relações interpessoais, crenças e atitudes, ritmo de trabalho, demandas cognitivas, motivação etc.) que estejam relacionados ao trabalho.

As ações devem ser planejadas de modo a possibilitar: uma mudança na cultura organizacional acerca da promoção da saúde; prevenção da incapacidade e abordagem humanizada ao trabalhador adoecido; a compreensão do trabalho real desenvolvido, com identificação de fatores de risco à saúde e segurança dos trabalhadores potencialmente incapacitantes; a abertura de um canal de negociação com o local de trabalho, nos seus diversos níveis hierárquicos.



### **ATENÇÃO:**

**Promover um processo de mudança de cultura da organização requer o mapeamento de pessoas chave no interior da organização, o estabelecimento de comunicação clara e objetiva sobre a ação que deverá ser desenvolvida com uma linguagem adequada a cada público.**

Nesse sentido, os componentes essenciais dessa dimensão abrangem:

- **Apresentação do programa e discussão de temas relacionados com trabalhadores e empregadores**

A apresentação da proposta de intervenção deve ser realizada em diferentes níveis hierárquicos estando os objetivos e a linguagem adequados ao público alvo. Para os(as) gestores(as) em níveis gerenciais superiores (da empresa, do município etc.) deve-se enfatizar o custo-

benefício de um programa voltado para a promoção da saúde, prevenção da incapacidade para o trabalho, reabilitação biopsicossocial e retorno ao trabalho.

Trabalhadores(as) no nível de coordenação/supervisão/chefia imediata devem compreender como se dá o processo de adoecimento e incapacidade para o trabalho, bem como as possibilidades de ajustes no ambiente e processos de trabalho. Para trabalhadores(as) do mesmo nível hierárquico, além da compreensão sobre o adoecimento e a incapacidade para o trabalho, perceber-se como parte beneficiada nas readaptações realizadas (na empresa, no ramo de produção etc.) é indispensável para garantir a sua colaboração e implicação no processo de mudanças.

A realização de reuniões, rodas de conversa, oficinas, atividades temáticas para grupos de trabalhadores(as), participação em eventos relacionados à saúde e segurança no trabalho das organizações são estratégias interessantes para a sensibilização e mobilização de diferentes atores.

- **Avaliação dos ambientes e processos de trabalho**

Propõe-se a realização de uma avaliação qualitativa, com observação direta dos ambientes e processos de trabalho, análise de documentos e entrevistas com trabalhadores e empregadores. Essa avaliação busca

a compreensão do trabalho real desenvolvido com identificação de fatores de risco à saúde e segurança do coletivo de trabalhadores(as) e, especificamente, aqueles fatores que se constituem como barreira potencialmente incapacitante para a permanência ou retorno ao trabalho.

---

**Para saber mais sobre a avaliação de ambientes e processos de trabalho, leia Orientações Técnicas para Ações de Vigilância de Ambientes e Processos de Trabalho - SUS/BA: acesse o link [www.suvisa.ba.gov.br/saude\\_trabalhador/publicacoes/manuais](http://www.suvisa.ba.gov.br/saude_trabalhador/publicacoes/manuais)**

---

O resultado dessa avaliação deve orientar a elaboração de uma pauta de recomendações visando reduzir ou eliminar as situações e fatores de risco para: prevenção de novos agravos à saúde e doenças; prevenção de agravamento de adoecimento já existente; proporcionar a permanência ou o retorno ao trabalho (Apêndice 9).

**RESSALTA-SE:**

**As recomendações devem contemplar a saúde e a segurança do coletivo de trabalhadores(as) potencialmente expostos(as) e conter itens específicos relacionados às necessidades do(a) trabalhador(a) em situação de presenteísmo ou em processo de retorno ao trabalho.**

**A síntese da avaliação e a pauta de recomendações devem ser apresentadas e validadas com os trabalhadores.**

● **Implementação da pauta de recomendações**

Como condição para implementação dos itens propostos na pauta de recomendações aponta-se a constituição de mesa para negociação juntamente a representantes da categoria e da gestão (do estabelecimento, do município etc.), com mediação da equipe coordenadora. Como resultado desse processo,

sugere-se que seja elaborado um plano de ação com definição de responsáveis e prazos para implementação das ações.

● **A transferência da tecnologia de prevenção da incapacidade**

Propõe-se a constituição de uma equipe de referência no local (estabelecimento) de desenvolvimento da intervenção, que deverá ser composta por profissionais de diferentes áreas e níveis hierárquicos, que estejam direta ou indiretamente relacionados com ações de prevenção da incapacidade. Caberá à equipe coordenadora do programa promover a transferência da tecnologia para a equipe de referência, de forma processual, no desenvolvimento da intervenção, mediante seu envolvimento com as ações executadas e a realização de capacitação e discussão em sessões temáticas.

Recomenda-se que as capacitações estejam adequadas ao contexto do ambiente de trabalho, tendo em vista a necessidade de incorporação de ações de prevenção e gestão da incapacidade prolongada pela equipe local, a partir dos referenciais teóricos propostos nessas orientações técnicas. Nesse sentido, deve-se pensar uma metodologia que possibilite a participação dos membros da equipe de referência na reflexão sobre as rotinas do serviço diante de situações-problema, a fim de que possam aperfeiçoar e estruturar as práticas existentes ou introduzir novas práticas voltadas para a gestão da incapacidade prolongada para o trabalho no estabelecimento em questão.

● **Suporte e monitoramento**

O estabelecimento da aproximação da equipe coordenadora do programa com a chefia imediata do(a) trabalhador(a), outros trabalhadores e a equipe de referência da empresa favorece: o acolhimento e o levantamento de demandas relacionadas às etapas de implantação do programa; a identificação de dificuldades enfrentadas no manejo do retorno ao trabalho; o desenvolvimento de estratégias para intervenção tendo em vista a superação do problema; e o processo de transferência da tecnologia de prevenção da incapacidade.

O monitoramento se dá na direção do acompanhamento da implementação do plano de reabilitação individual e do plano de ação voltado para as mudanças necessárias no ambiente e processos de trabalho, tendo em vista o retorno ao trabalho ou permanência de forma sustentável.

Salienta-se a importância do registro sistemático de todas as ações realizadas (Apêndice 1).

### 2.1.3 Dimensão Atores Sociais

Essa dimensão diz respeito aos processos de sensibilização, articulação e negociação que deverão ser realizados com os diferentes atores sociais envolvidos com a temática, a exemplo de: profissionais e gestores das redes de atenção e vigilância à saúde; instâncias de participação e controle social - sindicatos, associações e entidades dos movimentos sociais; gestores e representantes do estabelecimento; universidades; INSS; Ministério do Trabalho e Emprego; Ministério Público do Trabalho; dentre outros.

A intervenção deve ser conduzida pela equipe de coordenação do programa, considerando-se as atribuições, competências, objetivos, lógicas institucionais e práticas específicas de cada instituição parceira nesse processo. A construção dessa articulação intersetorial será mais eficaz se conseguir mobilizar e motivar os diversos parceiros em torno de objetivos comuns e compartilhados, valorizando-se os conhecimentos prévios e experiências dos atores envolvidos na questão da incapacidade para o trabalho.

O principal objetivo da intervenção nesta dimensão é mobilizar os atores sociais para o estabelecimento de canais de comunicação efetivos, mediante um processo constante de articulação e negociação intra e intersetoriais. É necessário, portanto, adotar ações estratégicas que garantam o envolvimento dos diversos atores, a comunicação, a mediação e a interação na busca pela construção de consensos acerca dos problemas, objetivos e possíveis ações a serem desenvolvidas.

Os componentes essenciais dessa dimensão abrangem:

#### ● **Apresentação do programa e discussão de temas relacionados**

A apresentação do programa e discussão de temas relacionados à prevenção da incapacidade prolongada deve promover a sensibilização dos atores sociais e serem conduzidas de modo que se percebam como integrantes e corresponsáveis pelo desenvolvimento de ações do PRT.

Dentre as atividades que podem ser desenvolvidas estão as de sensibilização inicial, através do convite à participação em sessões temáticas abertas, rodas de conversa, oficinas de trabalho, seminários, dentre outros e, numa fase mais avançada, no estabelecimento de parcerias e de um processo contínuo de discussão de ações que visem à prevenção da incapacidade.

#### ● **Articulação para estabelecimento de parcerias**

Após a mobilização e sensibilização iniciais, dentre o conjunto de atores sociais, faz-se necessário identificar aqueles que são estratégicos para a implementação das ações do programa de retorno ao trabalho, no que diz respeito à sua importância, atribuições e contribuição para o programa. A apresentação da proposta do PRT deve ser conduzida no sentido do estabelecimento de parceria, a qual deve ser formalizada por meio de assinatura de termo com definição clara de papéis e responsabilidades.

#### ● **Mesa de negociação para implantação da gestão da incapacidade prolongada**

Deve ser estabelecido um processo contínuo de negociação, garantindo a participação dos atores sociais estratégicos, representando momentos de decisão coletiva a partir de pactuações que favoreçam a implementação das ações previstas e o alcance dos objetivos propostos pelo PRT: a prevenção da incapacidade prolongada para o trabalho e o retorno ao trabalho de forma sustentável.

#### ● **Suporte e monitoramento**

Nessa dimensão, o suporte pode ser caracterizado pela oferta de apoio ao desenvolvimento de ações, troca de conhecimentos, transferência de tecnologia de prevenção da incapacidade, bem como acolhimento de demandas.

O monitoramento pode ser reconhecido como uma estratégia utilizada pela equipe coordenadora para avaliação de contexto, possibilitando a identificação de barreiras, facilitadores e interlocutores-chave ao processo de implementação da intervenção.

Salienta-se a importância do registro sistemático de todas as ações realizadas (Apêndice 1).

## 2.2 Quais etapas devem ser seguidas para a implantação do Programa de Retorno ao Trabalho para a prevenção e manejo da incapacidade para o trabalho?

Seguindo o modelo lógico adotado, apresenta-se a sistematização das etapas necessárias para a operacionalização de um programa de retorno ao trabalho (Quadro 2). As ações propostas nessas etapas deverão ser adequadas a cada realidade e situação local.

## QUADRO 2: Etapas para a operacionalização das ações do PRT para prevenção e manejo da incapacidade para o trabalho

### Etapa 1 – Planejamento

Definição e capacitação da equipe técnica.	Dispor de uma equipe multiprofissional capacitada nos referenciais teóricos (vigilância à saúde, reabilitação biopsicossocial, modelo da CIF e modelo de gerenciamento de caso).
Identificação dos ramos de atividade econômica ou estabelecimentos que possuem alta incidência e prevalência de incapacidade para o trabalho.	Levantamento da situação de saúde dos(as) trabalhadores(as) por ramo de atividade econômica ou estabelecimentos buscando identificar o grau de incidência e prevalência de agravos relacionados ao trabalho com grande potencial incapacitante.
Definição do ramo de atividade econômica ou estabelecimento onde poderão ser desenvolvidas ações de prevenção e manejo da incapacidade.	Pode-se adotar os seguintes critérios: efeitos à saúde (acidentes e/ou agravos) registrados; número de trabalhadores expostos; existência de demanda organizada e factibilidade.

### Etapa 2 – Estabelecimento de parcerias

Apresentação da proposta de ação aos atores sociais envolvidos (rede de atenção e vigilância à saúde, controle social, universidades, INSS, MTE, MPT etc.).	Mobilização, sensibilização e estabelecimento de canal de comunicação direta com os atores sociais envolvidos, mediante exposição clara dos objetivos da intervenção e dos pressupostos que a orientam.
Estabelecimento de parcerias para desenvolvimento das ações.	Formalização de parcerias com definição de papéis, ações e responsabilidades entre os atores sociais envolvidos.
Apresentação da proposta de ação aos trabalhadores(as) do ramo de atividade econômica ou do estabelecimento.	Ação de mobilização e sensibilização dos(as) trabalhadores(as) do ramo de atividade econômica ou do estabelecimento alvo do processo de intervenção, com exposição clara dos objetivos e dos pressupostos da intervenção.

### Etapa 3 – Desenvolvimento de ações do PRT para prevenção e manejo da incapacidade para o trabalho

Seleção de trabalhadores para participação no PRT.	Identificação e convocação dos(as) trabalhadores(as) que estão em processo de afastamento do trabalho e/ou em situação de presenteísmo, a partir dos seguintes critérios: tempo de afastamento do trabalho; idade; tipo de agravo; setor, função ou atividade com maior incidência de adoecimento; e, principalmente, o desejo do(a) trabalhador(a) em participar do PRT.
Realização das ações direcionadas ao indivíduo.	Avaliação da funcionalidade, implementação do plano de reabilitação individualizado, suporte e monitoramento do retorno ao trabalho (Parte II, tópico 2.1.1)
Realização das ações direcionadas ao ambiente de trabalho	Apresentação do programa e discussão de temas relacionados com trabalhadores(as) e empregadores(as), avaliação dos ambientes e processos de trabalho, implementação da pauta de recomendações, suporte e monitoramento e transferência de tecnologia de prevenção da incapacidade prolongada (Parte II, tópico 2.1.2).
Realização das ações direcionadas aos atores sociais.	Apresentação do programa e discussão de temas relacionados, articulação para estabelecimento de parcerias, mesa de negociação para implantação da gestão da incapacidade prolongada e suporte e monitoramento (Parte II, tópico 2.1.3).

### Etapa 4 – Avaliação das ações do PRT

Avaliação do impacto das ações desenvolvidas direcionadas aos trabalhadores(as) com o PRT.	Esse processo consiste na avaliação da efetividade do plano de reabilitação individual, utilizando como critérios: mensuração do ganho progressivo de autonomia; estabilização do quadro clínico; envolvimento motivacional; reconhecimento do grau de satisfação do(a) trabalhador(a) com o programa; identificação de novos objetivos e perspectivas profissionais. Essa avaliação deve ocorrer de forma processual, individualmente ou em grupo, devendo-se incorporar a percepção do(a) trabalhador(a) acerca do seu processo de reabilitação. Ao final do PRT, deve-se reavaliar a funcionalidade de cada trabalhador(a) participante, com os mesmos instrumentos utilizados, tomando-se como referência a avaliação inicial da funcionalidade para fins de avaliação dos resultados das ações.
Avaliação do cumprimento da pauta de recomendações acordada.	Consiste no monitoramento e acompanhamento regular e sistemático do cumprimento das mudanças recomendadas para o(s) estabelecimento(s), tendo em vista o retorno ao trabalho ou permanência de forma sustentável. Sugere-se, como referência para análise de cumprimento das recomendações, o apêndice 4.B das Orientações Técnicas para Ações de Vigilância de Ambientes e Processos de Trabalho, páginas 49 a 51 ( <a href="http://www.suvisa.ba.gov.br/saude_trabalhador/publicacoes/manuais">http://www.suvisa.ba.gov.br/saude_trabalhador/publicacoes/manuais</a> ).

# Referências

- BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. **Orientações técnicas para ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho SUS/BAHIA**. SESAB/SUVISA/DIVAST. Salvador: DIVAST, 2012.
- \_\_\_\_\_. Núcleo de Informação em Saúde do Trabalhador. **Situação da Saúde do Trabalhador no Brasil e na Bahia, 2009-11**. SESAB/SUVISA/DIVAST/NISAT. Salvador: DIVAST, Dezembro 2013.
- BRASIL. Ministério da Previdência Social. Instituto Nacional do Seguro Social. Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social. **Anuário Estatístico da Previdência Social: AEPS, 2012**. Brasília: MPS/INSS/DATAPREV, 2012b. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/estatisticas/aeps-2012-anuario-estatistico-da-previdencia-social-2012/>>. Acesso em: 10 out. 2014.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social. Ministério do Trabalho e Emprego. **Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho: AEAT 2011**. Ministério do Trabalho e Emprego [et al.]. – vol. 1 (2011). Brasília: MTE/MPS, 2012c, 928 p. Disponível em: <[http://www.mtas.gov.br/arquivos/office/1\\_130129-095049-870.pdf](http://www.mtas.gov.br/arquivos/office/1_130129-095049-870.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2014.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial da União**, Brasília : 24 ago. 2012a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823\\_23\\_08\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html)>. Acesso em: 5 nov. 2014.
- \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).
- BÜLTMANN, U. et al. **Coordinated and Tailored Work Rehabilitation: A Randomized Controlled Trial with Economic Evaluation Undertaken with Workers on Sick Leave Due to Musculoskeletal Disorders**. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19:81-93, 2009.
- BÜLTMANN, U.; BROUWER, S. **Individual-level psychological factors and work disability prevention**. In: LOISEL, P.; ANEMA, J. R. (Eds.), *Handbook of Work Disability: prevention and management*. Chapter 10, p. 149-162. Springer, New York, 2013.
- COSTA, J. S. D.; VICTORA C. G. **O que é “um problema de saúde pública”?** *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2006; 9(1):144-51.
- COSTA-BLACK, K. **Work Disability Models: past and present**. *Handbook of Work Disability: prevention and management*. Chapter 6, p. 71-93. Springer, New York, 2013.
- COUTU, M.F. et al. **Representations: An Important Key to Understanding Workers’ Coping Behaviors During Rehabilitation and the Return-to-Work Process**. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17(3):522-44, 2007.
- COUTU, M.F.; BARIL, R.; DURAND, M. J; CÔTÉ, D.; CADIEUX, G. **Health and Illness representations of workers with a musculoskeletal disorder-related work disability during work rehabilitation: a qualitative study**. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(4), 591-660, 2011.
- ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da Medicina**. Editora Nova Fronteira. Rio de Janeiro. p. 196. 1975.
- JOVCHELOVITCH, S; BAUER, M.W. **Entrevista narrativa**. In: BAUER, M.W, GASKELL, G, (Orgs.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Editora Vozes; 2003. p. 90-113.
- LEAVELL, H. R; CLARK, E. G. **Preventive Medicine for Community: an epidemiological approach**. Third Edition, p. 612-617, 1965.
- LIMA, M. A. G de et al. **Programa de reabilitação de trabalhadores com LER/DORT do Cesat/Bahia: um ativador de mudanças na saúde do trabalhador**. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, 35 (121): 112-121, 2010.
- \_\_\_\_\_. **Reabilitação de trabalhadores: caminhos percorridos, novos desafios e perspectivas**. In: Bahia. Secretaria da Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador. *Saúde do Trabalhador na Bahia: história, conquistas e desafios*. Salvador: EDUFBA : SESAB : CESAT, p. 217-245, 2011.
- LOISEL, P.; DURAN, M. J. **Applying transdisciplinarity to the complexity of work disability prevention**. Paper Presented at the 2nd World Congress on Transdisciplinarity in Brazil. São Paulo, Brasil, Centro de Educação Transdisciplinar, CETRANS. September 4th - 16th, 2005.
- LOISEL, P. **Developing a New Paradigm: Work Disability Prevention**. *Occupational Health Southern Africa*, 15(2): 56-60, 2009.
- LOISEL P.; CÔTÉ, P. **The work disability paradigm and its public health implications**. In: *Handbook of Work Disability: prevention and management*. Chapter 5, p. 59-67. Springer, New York, 2013.
- LOISEL, P.; ANEMA J. R. (eds.), **Handbook of Work Disability: Prevention and Management**, Springer, New York, 2013.
- MAENO, M.; VILELA, R. A. de G. **Reabilitação profissional no Brasil: elementos para a construção de uma política pública**. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, 35 (121): 87-99, 2010.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Classificação detalhada com definições. Todas as categorias com as suas definições, inclusões e exclusões. Genebra, 2003. Disponível em: <<http://arquivo.ese.ips.pt/ese/cursos/edespecial/CIFIS.pdf>>. Acesso em: 8 jan. 2015.
- \_\_\_\_\_. **Rumo a uma Linguagem Comum para Funcionalidade, Incapacidade e Saúde CIF: A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Genebra, 2002, 21 p. (versão traduzida para português).
- MEDINA, M. G. et al. **Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais**. In: HARTZ, Z. M. de A.; SILVA, L. M. V. da. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 41-63, 2005.
- PRINS, R. **Sickness absence and disability: an international perspective**. In: LOISEL, P.; ANEMA, J. R. (Editors) *Handbook of Work Disability: prevention and management*. Springer, p. 3-14, New Work, 2013.
- ROWE, M. et al. **The Open Physio project. The Flag System**. Disponível em: [http://www.physio-pedia.com/The\\_Flag\\_System#Introduction](http://www.physio-pedia.com/The_Flag_System#Introduction). Acesso em: 18 jan.2015.
- SCHULTZ, I. Z. et al. **Models of Return to Work for Musculoskeletal Disorders**. *Journal of Occupational Rehabilitation*, p. 327-352, 2007.
- TAKAHASHI, M. A. B. C.; IGUTI, A. M. **As mudanças nas práticas de reabilitação profissional da Previdência Social no Brasil: modernização ou enfraquecimento da proteção social?** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2661-2670, 2008.
- WALDELL, G.; BURTON, A. K. **Concepts of Rehabilitation for Management of Common Health Problems**. TSO (The Stationery Office), 2004.

# Apêndices

## APÊNDICE 1: Proposta de roteiros para registro sistemático das ações do PRT

### 1.1 Roteiro para registro de reuniões

Título do Projeto		
Data:	Horário: Início/Término	Local:
Participantes (Nome/Instituição)		
Pauta	Decisões	Responsável

### 1.2 Roteiro para registro de atividades

Título do Projeto	
Atividade:	
Responsável pela atividade:	
Data:	Horário: Início/Término
Local:	
Participantes (Nome/Instituição)	
Descrição da atividade:	Observações:

### Instruções

Antes da entrevista, deve-se preparar um tópico guia, cobrindo os temas centrais. Para que a entrevista flua bem, sugere-se que comece com perguntas mais simples. O(A) entrevistador(a) deve estar atento(a) e interessado(a) ao que o(a) entrevistado(a) está relatando. Devem ser dados sinais de encorajamento através de contatos com o olhar, balançando a cabeça e outros. Algumas pessoas precisam de mais tempo para descontraírem, o que é normal. À medida que a entrevista avança, o(a) entrevistador(a) deve ter as perguntas em sua memória, conferindo ocasionalmente o guia, mas o foco da atenção deve estar na escuta e entendimento do que está sendo dito. É importante dar ao(à) entrevistado(a) tempo para pensar; sendo assim as pausas não devem ser preenchidas com outras perguntas JOVCHELOVITCH e BAUER (2003).

Para facilitar o registro, a entrevista poderá ser gravada. Neste caso, sempre consultar o(a) entrevistado(a), obtendo sua concordância.

O roteiro abaixo é exemplificativo. Outras perguntas podem ser feitas e acrescentadas à medida da necessidade e conforme a dinâmica e história de cada indivíduo.

■ Fale sobre sua trajetória de trabalho, desde quando você começou até os dias de hoje.

■ Conte a história do seu adoecimento.

■ Qual a sua perspectiva para o retorno ao trabalho (condições, prazos, obstáculos, facilitadores e temores)?

■ Como você se vê hoje em relação a iniciar e levar adiante algum projeto de vida?

■ Quais as vocações e ou habilidades que você reconhece ter hoje independente do adoecimento?

### Finalizando a entrevista

■ Falamos muitos assuntos relacionados à sua vida pessoal e profissional hoje. Você gostaria de acrescentar algo a mais, algo que não discutimos?

### APÊNDICE 3: Ficha de identificação e história clínica e ocupacional

Data: _____ / _____ / _____		Tel.: _____		Cel.: _____	
<b>DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS</b>					
1. Nome: _____					
2. Sexo [1] M [2] F			3. Data de nascimento: _____ / _____ / _____		
4. Endereço: _____					
5. Naturalidade:		Cidade:		UF:	
6. Estado Civil:		[1] Solteiro(a)		[[3] Viúvo(a)	
		[2] Casado(a)		[4] Divorciado(a)	
7. Religião:		[1] Não tem		[3] Afro-brasileira	
		[2] Católica		[4] Espírita	
8. Escolaridade		[0] Não alfabetizado		[2] 1º. Grau incompleto	
		[1] Alfabetizado		[3] 1º. Grau completo	
		[4] 2º. Grau incompleto		[5] 2º. Grau completo	
		[6] 3º. Grau incompleto		[7] 3º. Grau Completo	
9. Anos de educação formal: _____ anos					
10. Está estudando no momento?		[1] Sim		[2] Não	
11. Formação Profissional		[1] Não tem formação		[3] Graduação _____	
		[2] Curso Técnico _____		[4] Pós-Graduação _____	
[5] Outros _____					
12. Profissão/Ocupação: _____					
13. Tempo de Profissão/Ocupação (anos): _____					
14. Renda Mensal		[0] Não tem renda		[1] Menor que 1 SM	
		[2] De 1 a 5 SM		[3] De 6 a 10 SM	
		[4] Acima de 10 SM			
15. Fonte pagadora		[0] INSS		[1] Seguro Privado	
		[2] Outra renda		[3] Empresa	
		[4] Nenhuma			
16. Existe alguma ação judicial relativa à lesão atual?				[0] Sim	
				[1] Não	
				Qual? _____	
17. Assistência à Saúde		[1] Somente do SUS		[2] Somente Seguro de Saúde Privado. Qual? _____	
				[3] Usuário do SUS e Seguro de Saúde Privado	
18. Situação Previdenciária		[0] Sem Previdência		[1] Previdência Pública	
				[2] Previdência Privada	
19. Está afastado?		[1] Sim		[2] Não	
				Qual o tipo de benefício? [ ] B31 [ ] B91	
20. Há quanto tempo está afastado? (meses) _____					
21. Teve afastamentos anteriores?		[0] Sim. Por quanto tempo? _____		[1] Não	
22. Participação em processo de Reabilitação Profissional		[1] INSS		[2] Empresas	
		[3] Não viveu processo de reabilitação		[4] Outros _____	
23. Situação Trabalhista		[1] Empregado com carteira assinada (CLT)		[3] Trabalhador autônomo	
				[4] Servidor Público (estatutário)	
		[2] Empregado sem carteira assinada		[5] Servidor Público (CLT)	
		[6] Contrato temporário		[7] Desempregado	
		[8] Dona de Casa		[9] Estudante	
				[88] Não se aplica	
				[99] Não Informado	
24. Se empregado, qual a empresa em que trabalha? _____					
25. Se desempregado, há quanto tempo? (anos) _____					
26. Há quanto tempo está procurando emprego? (anos) _____					
27. Você procura complementar a renda com outra atividade?				[1] Sim	
				[2] Não	
				Qual? _____	
28. História da doença atual:					
Queixa Principal:					
_____					
Doença atual:					
_____					
_____					
_____					
_____					
_____					

## APÊNDICE 4: Checklist da CIF para LER/DORT

Estrutura do Corpo		Nenhuma deficiência	Deficiência leve	Deficiência moderada	Deficiência grave	Deficiência completa	Não especificada	Não aplicável	Comorbidade
		0	1	2	3	4	8	9	C
<b>s12000</b>	Medula espinhal cervical								
<b>s12002</b>	Medula espinhal lombossacral								
<b>s1201</b>	Nervos espinhais								
<b>s710</b>	Estruturas da região da cabeça e do pescoço								
<b>s750</b>	Estrutura da extremidade inferior								
<b>s720</b>	Estrutura da região do ombro								
<b>s730</b>	Estrutura da extremidade								
<b>s760</b>	Estrutura do tronco								
Função do Corpo		Nenhuma deficiência	Deficiência leve	Deficiência moderada	Deficiência grave	Deficiência completa	Não especificada	Não aplicável	Comorbidade
		0	1	2	3	4	8	9	C
<b>b126</b>	Funções do temperamento e da personalidade								
<b>b1300</b>	Nível de Energia								
<b>b1301</b>	Motivação								
<b>b1340</b>	Quantidade de Sono								
<b>b1342</b>	Manutenção do Sono								
<b>b1343</b>	Qualidade do Sono								
<b>b140</b>	Funções da Atenção								
<b>b144</b>	Funções de Memória								
<b>b152</b>	Funções Emocionais								
<b>b1801</b>	Imagem do corpo								
<b>b260</b>	Função Proprioceptiva								
<b>b265</b>	Função tátil								
<b>b2700</b>	Sensibilidade à temperatura								
<b>b280</b>	Sensação de dor								
<b>b2800</b>	Dor generalizada								
<b>b2801</b>	Dor localizada								
<b>b2802</b>	Dor em múltiplas partes do corpo								
<b>b2804</b>	Dor irradiante em um segmento ou região								
<b>b7100</b>	Mobilidade de uma única articulação								
<b>b7101</b>	Mobilidade de várias articulações								
<b>b7300</b>	Força de músculos isolados e de grupos de músculos								
<b>b7301</b>	Força dos músculos de um membro								
<b>b7350</b>	Tônus de músculos isolados e grupos de músculos								
<b>b7351</b>	Tônus dos músculos de um membro								
<b>b7401</b>	Resistência de grupos de músculos								
<b>b7800</b>	Sensações de rigidez muscular								
<b>b840</b>	Sensações relacionadas à pele								

Atividade e Participação		Nenhuma dificuldade	Dificuldade leve	Dificuldade moderada	Dificuldade grave	Dificuldade completa	Não especificada	Não aplicável	Comorbidade
		0	1	2	3	4	8	9	C
d177	Tomar decisões								
d230	Realizar a rotina diária								
d240	Lidar com o stress e outras exigências psicológicas								
d410	Mudar a posição básica do corpo								
d415	Manter a posição do corpo								
d430	Levantar e carregar objetos								
d440	Uso fino da mão								
d445	Uso da mão e do braço								
d4451	Subir								
d450	Andar								
d470	Utilização de transporte								
d475	Dirigir								
d510	Lavar-se								
d520	Cuidado das partes do corpo								
d540	Vestir-se								
d550	Comer								
d570	Cuidar da própria saúde								
d630	Preparar refeições								
d640	Realização das tarefas domésticas								
d650	Cuidar dos objetos da casa								
d660	Ajudar os outros								
d720	Interações interpessoais complexas								
d760	Relações familiares								
d770	Relações íntimas								
d825	Treinamento profissional								
d830	Educação de nível superior								
d845	Conseguir, manter e sair de um emprego								
d850	Trabalho remunerado								
d855	Trabalho não remunerado								
d910	Vida comunitária								
d920	Recreação e lazer								
d930	Religião e espiritualidade								

Fatores Ambientais		Barreira						Facilitador					Não aplicável	
		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Completa	Não especificada	Leve	Moderado	Considerável	Completo	Não especificado		
		0	1	2	3	4	8	+1	+2	+3	+4	+8		9
e1101	Medicamentos													
e115	Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária													
e120	Produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos													
e1350	Produtos e tecnologia gerais para o trabalho													
e1351	Produtos e tecnologia de assistência para o trabalho													
e1650	Bens financeiros													
e1651	Bens materiais													
e1652	Bens não materiais													
e2250	Temperatura													
e255	Vibração													
e310	Família imediata													
e315	Família ampliada													
e320	Amigos													
e325	Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade													
e330	Pessoas em posição de autoridade													
e340	Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais													
e355	Profissionais da saúde													
e360	Outros profissionais													
e410	Atitudes individuais de membros da família imediata													
e420	Atitudes individuais dos amigos													
e425	Atitudes individuais de conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade													
e430	Atitudes individuais de pessoas em posição de autoridade													
e450	Atitudes individuais dos profissionais da saúde													
e455	Atitudes individuais dos profissionais relacionados à saúde													
e460	Atitudes Sociais													
e465	Normas, práticas e ideologias sociais													
e540	Serviços, sistemas e políticas de transporte													
e555	Serviços, sistemas e políticas de associações e organizações													
e570	Serviços, sistemas e políticas da previdência social													
e575	Serviços, sistemas e políticas de suporte social geral													
e580	Serviços, sistemas e políticas de saúde													
e585	Serviços, sistemas e políticas de educação e treinamento													
e590	Serviços, sistemas e políticas de trabalho e emprego													

## APÊNDICE 5: Roteiro de entrevista para análise do trabalho

### Análise do trabalho:

#### I. Situação de Trabalho

Função:

Função real:

Tempo na função:

Jornada de trabalho:

Início e final da jornada diária:

Turno de trabalho (fixo/variável):

#### II. Análise da Atividade de Trabalho

1. Fale como funcionava o seu setor/serviço no dia a dia.
2. Descreva, passo a passo, as suas atividades.
3. Você executava a atividade sozinho ou em grupo?
4. Havia divisão de tarefas?
5. Havia rodízios?
6. Como você se organizava para executar essas atividades?
7. Existia algum momento do mês ou ano que exigisse mais de você para a execução das atividades?
8. Você tinha poder de decisão na organização e execução de suas atividades?
9. Você utilizava objetos, máquinas ou equipamentos na sua atividade de trabalho? Quais?
10. Esses instrumentos precisavam de ajustes ou de alimentação? Se sim, quem os realizava?

#### III. Exigências da Atividade de Trabalho

1. Em que postura você realizava a sua atividade de trabalho?
2. As posturas eram fixas? Havia flexibilidade para mudar a posição?
3. Fale qual era a postura mais incômoda para você.
4. Quais movimentos com o corpo eram mais utilizados por você para execução da sua atividade de trabalho (torção, inclinação, flexão)?
5. E com os membros superiores? (flexão, extensão, elevação acima dos ombros, abdução, adução)?
6. Você fazia esforço físico para realizar sua atividade de trabalho? Como empurrar, carregar unilateral ou bilateralmente, jogar e/ou puxar volumes (tamanho, peso).
7. A sua atividade de trabalho exigia concentração ou raciocínio?
8. Você realizava alguma atividade que não era específica da sua função? Ocasionalmente ou diariamente?
9. Você recebeu treinamento para o desenvolvimento de sua atividade de trabalho?

10. Se sim, você considera que o treinamento dado foi suficiente para que você pudesse desempenhar a sua atividade?
11. Se não, você precisava de treinamento especial para desenvolver suas atividades?
12. O que você considera como maior exigência para a execução da sua atividade de trabalho? O que você acha que o seu trabalho mais exigia de você?

#### IV. Organização do Trabalho

1. O número de pessoas que trabalhavam na mesma função que a sua era suficiente para o desenvolvimento da atividade?
2. Você tinha liberdade para ir ao banheiro ou beber água a qualquer hora?
3. O que acontecia no caso de dano em algum material ou perda de dinheiro?
4. Você tinha metas a cumprir? E quando não cumpria, o que acontecia?
5. Você recebia hora extra quando trabalhava aos domingos e feriados?
6. Como era o seu relacionamento com subordinados, colegas e superiores? E com os clientes?
7. De modo geral, o que você considerava melhor no seu trabalho?
8. De modo geral, o que você considerava pior no seu trabalho?
9. O que você acha que poderia ser diferente no seu trabalho?

#### V. Ambiente de trabalho

1. Qual a sua percepção quanto ao seu ambiente de trabalho, com relação ao ruído, ventilação, temperatura e iluminação? Alguns desses fatores influenciavam na execução da sua atividade de trabalho?
2. Se sim, favoreciam ou dificultavam a execução da atividade de trabalho? Como?
3. Qual a sua percepção quanto ao seu ambiente de trabalho, com relação aos instrumentos e mobiliário? Eles influenciavam na execução da sua atividade de trabalho?
4. Se sim, favoreciam ou dificultavam a execução da atividade de trabalho? Como?
5. Havia equipe de apoio e supervisão? Se sim, havia sistema de comunicação com a equipe de apoio e supervisão?
6. O que motivava você no trabalho?

#### VI. Perspectiva para o retorno ao trabalho

1. Como você acha que este programa pode ajudar no seu retorno ao trabalho?
2. O que você acha que pode ser considerado como dificuldade para o seu retorno ao trabalho?
3. O que você acha que pode ser considerado como facilidade para o seu retorno ao trabalho?
4. Pensando no possível retorno ao trabalho, onde você se vê na empresa e que mudanças seriam necessárias para favorecer o seu retorno?

## APÊNDICE 6: Plano de Reabilitação Biopsicossocial

<b>Capa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fazer uma capa contendo: timbre e endereço/contato do serviço. Plano de Reabilitação Biopsicossocial do(a) trabalhador(a) ... inserir o nome do(a) trabalhador(a)</li> </ul>
<b>Síntese da avaliação da funcionalidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar breve síntese da história do(a) trabalhador(a)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apontar as principais demandas levantadas (físicas, psíquicas, sociais e ocupacionais), com base na avaliação da funcionalidade, procurando dialogar com a narrativa e os resultados dos instrumentos (checklist da CIF e HAD). Deve-se iniciar apontando as barreiras e limitações do trabalhador e finalizar ressaltando as suas potencialidades, expectativas e os facilitadores.</li> </ul>
<b>Plano de Reabilitação Biopsicossocial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Listar no plano de reabilitação as demandas, por prioridade, e respectivas propostas de intervenção, de forma clara e com definição de responsáveis.</li> </ul>

<b>Demandas</b>	<b>Proposta de Intervenção</b>	<b>Responsáveis</b> (Serviço ou Profissional)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		

## APÊNDICE 7: Roteiros orientadores para atividades grupais

### 7.1 Grupo Sócio-Educativo

<b>Objetivos</b>	Possibilitar a compreensão acerca do processo de adoecimento e dos limites do corpo, fornecendo elementos que os ajudem a encontrar caminhos de superação dos problemas e mobilização em busca de soluções. Pretende-se que seja um espaço de trocas de experiências e discussão, onde a informação torna-se um elemento fundamental para o empoderamento dos(as) trabalhadores(as).
<b>Aspectos formais</b>	Deverão ser realizados seis encontros, sendo um por semana com no máximo 15 participantes. Sugere-se o uso de recursos lúdicos e educativos e que a condução dos encontros seja realizada por profissional capacitado para a condução de atividades em grupo.
<b>Aspectos dinâmicos</b>	O grupo deverá ser conduzido por uma dupla de técnicos que, além de coordenar os trabalhos, deverá também atuar na organização dos encontros, na escolha e no planejamento da metodologia que conduzirá cada encontro. O tempo de duração sugerido é de 90 minutos, com um mínimo de 60 e um máximo de 120 minutos.

#### Sugestão de instrumento de planejamento e acompanhamento da atividade:

##### Grupo sócio-educativo

<b>Data:</b>	<b>Coordenador:</b>		
<b>Observador:</b>	<b>Tema:</b>		
Atividade	Objetivo(s)	Tempo (Min.)	Observações
<b>Aquecimento:</b> realizado através do uso de recursos lúdicos ou educativos.	Promover a sensibilização dos participantes para o tema que será trabalhado.	15	
<b>Tema:</b> vinculado à problemática vivenciada pelos trabalhadores, tais como agravos relacionados ao trabalho; dor crônica; depressão; direitos sociais, trabalhistas e previdenciários; atividades cotidianas; dentre outros.	Promover a compreensão e apropriação da informação fornecida.  Promover a operacionalização da informação fornecida na vida cotidiana.	45	
<b>Fechamento:</b> voltado ao conhecimento das opiniões dos membros do grupo a respeito das informações fornecidas e de avaliação da atividade.	Valorizar a opinião dos membros do grupo acerca da informação fornecida e sua aplicabilidade na vida cotidiana.  Avaliar o desenvolvimento da atividade e o caminhar do grupo.  Organizar os próximos encontros.	30	

## 7.2 Grupo de Atividade Corporal

### Objetivos

Proporcionar ao grupo um espaço que favoreça o autoconhecimento corporal, mediante a utilização de técnicas específicas, incentivando a criação de um momento de quietude e de conscientização corporal com reconhecimento de seus limites. Como resultado final, pretende-se despertar para o autocuidado e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento dos problemas na realização das atividades cotidianas.

### Aspectos formais

Deverão ser realizados seis encontros, sendo um por semana com no máximo 10 participantes. Sugere-se o uso de espaço amplo possibilitando a utilização de acessórios (colchonetes, bolas de bobath e música, por exemplo) e que a condução dos encontros seja realizada por profissional capacitado para a atividade corporal em grupo.

### Aspectos dinâmicos

O grupo deverá ser conduzido por uma dupla de técnicos que, além de coordenar os trabalhos, deverá também atuar na organização dos encontros. O tempo de duração sugerido é de 90 minutos, sendo que a atividade corporal deverá ser desenvolvida em 60 minutos e, na sequência, possibilitar o espaço de escuta dos membros do grupo acerca da atividade desenvolvida, as sensações causadas e sua aplicabilidade na vida cotidiana.

### Grupo de Atividade Corporal

<b>Data:</b>	<b>Coordenador:</b>		
<b>Observador:</b>	<b>Tema:</b>		
Atividade	Objetivo(s)	Tempo (Min.)	Observações
<b>1º encontro:</b> Dinâmica de sensibilização para conhecer aspectos relacionados ao processo de adoecimento, sintomatologia e tratamento.	Expressar como o adoecimento interfere em suas atividades cotidianas e identificar as possíveis formas de enfrentamento no que diz respeito ao tratamento, técnicas de controle da dor e reconhecimento de limites e possibilidades corporais.	60	Uso de pequenos textos em duplas, discussão dos mesmos, escuta do itinerário terapêutico e socialização dos ganhos e perdas de cada técnica utilizada.
<b>2º encontro:</b> Técnica de relaxamento	Promover distensionamento e relaxamento muscular.	60	Utilização de colchonetes e música relaxante
<b>3º encontro:</b> Alongamento e respiração	Promover flexibilidade, distensionamento muscular, melhora da postura, da ansiedade e do estresse através da reeducação da respiração.	60	Utilização de colchonetes e música
<b>4º encontro:</b> Propiocepção e automassagem	Propiciar o autoconhecimento favorecendo o autocuidado.	60	Utilização de acessórios (bolinha de tênis, massageador), colchonete e música.
<b>5º encontro:</b> Alongamento	Promover o distensionamento e o relaxamento muscular e ampliar a flexibilidade articular.	60	Utilização de bolas de bobath.
<b>6º encontro:</b> Fechamento	Reflexão sobre a trajetória de vida, habilidades dos participantes e verificação das expectativas relacionadas ao trabalho em grupo.	90	Dinâmica de grupo.

## 7.3 Grupo Psicoterápico

<b>Objetivos</b>	Contribuir com o processo de ressignificação e reelaboração das questões referentes ao mundo do trabalho como também questões referentes aos impactos causados na vida desses sujeitos decorrentes do afastamento do trabalho e/ou do seu possível retorno, permitindo que novas estratégias sejam fortalecidas e novas possibilidades visualizadas, tendo como foco as potencialidades e capacidades de cada trabalhador(a) participante do programa.
<b>Aspectos formais</b>	Deverão ser realizados 12 encontros, sendo um por semana com o mínimo de 8 e máximo de 10 participantes. A condução do grupo deve ser realizada por um terapeuta e um co-terapeuta capacitados. Para participar do grupo, os(as) integrantes devem fazer parte do Programa de Retorno ao Trabalho e não deve apresentar transtorno psicótico e/ou outro transtorno mental grave que impossibilite a atividade em grupo.
<b>Aspectos dinâmicos</b>	O tempo de duração é de 90 a 120 minutos. Estabelece-se como critério para retirada do grupo os(as) participantes que faltarem duas vezes consecutivas ou alternadas, pois, entende-se que essas faltas afetam o processo psicoterapêutico.

### Grupo Psicoterápico

<b>Data:</b>	<b>Terapeuta:</b>		
<b>Co-terapeuta :</b>	<b>Tema:</b>		
Atividade	Objetivo(s)	Tempo (Min.)	Observações
<b>Sessão inicial:</b> Entrevista	Tem como objetivo que o grupo se conheça, fale acerca do adoecimento e das repercussões nas atividades da vida diária e do trabalho. Avaliação psicológica para descartar transtorno psicótico e/ou outro transtorno mental grave que impossibilite a atividade em grupo.	90 a 120	
<b>Sessões de 1 a 10:</b> Intervenção psicoterapêutica e aplicação das técnicas cognitivo-comportamentais; psicoeducação; comportamento disfuncional; resolução de problemas; assertividade; relação entre o adoecimento, o trabalho e a família.	Constituir um espaço para que os trabalhadores possam compartilhar sentimentos e vivências com relação à doença; promover a elaboração de alternativas para lidar com as repercussões do adoecimento no cotidiano.  Construir novas possibilidades, habilidades e potencialidades que permitam ao indivíduo um melhor enfrentamento das dificuldades vivenciadas referentes à interação indivíduo-mundo do trabalho.	90 a 120	Essas técnicas auxiliam o terapeuta a trabalhar questões centrais referentes às dificuldades apresentadas pelo adoecimento e também sua implicação para o mundo do trabalho (afastamento e retorno) e a vida social do indivíduo. Observa-se que o trabalhador que é acometido pelas LER/DORT, por exemplo, apresenta crenças de incapacidade levando-o a assumir comportamentos passivos diante das situações vivenciadas, tendo poucas habilidades para expressar seus sentimentos e impor limites, tanto para si como para o outro. Verificam-se também dificuldades em resolução de problemas, não encontrando respostas alternativas que os auxiliem a melhorar sua capacidade em lidar com os problemas na esfera familiar e do trabalho.
<b>Fechamento:</b> Prevenção de recaída.	Reforçar todo o processo psicoterapêutico e estabelecer metas para manutenção das mudanças alcançadas.	90 a 120	



## APÊNDICE 9: Roteiro de elaboração da pauta de recomendações

<b>Capa</b>	Proposta de pauta de negociação relacionada ao Programa de Retorno ao Trabalho (PRT). Incluir nome do serviço responsável pela proposta, local e ano.
<b>Introdução</b>	Em linhas gerais, em que consiste o PRT e etapas da intervenção.
<b>Síntese da avaliação do ambiente e processos de trabalho</b>	Síntese da análise dos riscos identificados pela equipe coordenadora, incluindo: riscos de acidentes, ergonômicos (incluir situações relacionadas à organização do trabalho), físicos, químicos e biológicos.
<b>Recomendações técnicas</b>	Diante do exposto, conclui-se pela necessidade de melhoria dos ambientes e/ou condições de trabalho com vistas à proteção da saúde dos trabalhadores(as), o que requer a implantação das medidas de controle elencadas na pauta de recomendações.

### Pauta de recomendações

<b>Recomendações</b>	<b>Sugestão de prazo</b>
<b>Retorno ao trabalho</b>  1. Listar todos os itens para adequação, tendo em vista o retorno ao trabalho do(s) trabalhador(es) e trabalhadora(s) afastados(as).	
<b>Permanência no trabalho</b>  1. Incluir todos os itens para adequação, tendo em vista a permanência no trabalho com redução/eliminação dos riscos de adoecimento, agravamento e/ou afastamento do trabalho.	
<b>Situações gerais</b>  1. Incluir situações gerais do estabelecimento/setor avaliado, com destaque para as situações identificadas de risco iminente de acidentes.	

# Quem somos?

## **Andréa Garboggini Melo Andrade**

Terapeuta Ocupacional graduada pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP); possui Especialização em Terapia da Dor e Cuidados Paliativos (EBMSP) e em Saúde do Trabalhador (ISC/UFBA). Atualmente, trabalha como Terapeuta Ocupacional da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), lotada na Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador (Divast); vinculada ao Grupo de Pesquisa Atenção Integral à Saúde: saúde, trabalho e funcionalidade (CNPq/UFBA) e membro do GT Reabilitação do Cesat/Divast, coordenador do PRT-Cesat.

## **Ana Márcia Duarte Nunes Nascimento**

Terapeuta Ocupacional graduada pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP); possui Especialização em Saúde do Trabalhador (ISC/UFBA), Mestrado em Saúde Comunitária (ISC/UFBA), Doutorado em Saúde Pública (ISC/UFBA). Trabalha como Terapeuta Ocupacional do Serviço Médico Universitário Rubens Brasil (SMURB/SIASS/UFBA); está vinculada aos Grupos de Pesquisa (CNPq/UFBA): Atenção Integral à Saúde: saúde, trabalho e funcionalidade e LASSOS: Laboratório de Estudos em Segurança Pública, Cidadania e Solidariedade.

## **Camila Moitinho de Aragão Bulcão**

Fisioterapeuta graduada pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP); possui Especialização em Ergonomia (UGF) e em Saúde do Trabalhador (ISC/UFBA). Atualmente, trabalha como Fisioterapeuta da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), lotada na Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador (Divast); vinculada ao Grupo de Pesquisa Atenção Integral à Saúde: saúde, trabalho e funcionalidade (CNPq/UFBA) e membro do GT Reabilitação do Cesat/Divast, coordenador do PRT-Cesat.

## **Esperança Maria de Carvalho Lino Mota**

Fisioterapeuta graduada pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), Especialização em Saúde do Trabalhador (ISC/UFBA) e em Correção da Postura e da Dor (EBMSP); formação em Psicologia Social (Núcleo de Psicologia Social da Bahia). Trabalha na Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab) como Fisioterapeuta, lotada no Hospital Geral Menandro de Faria. Vinculada ao Grupo de Pesquisa Atenção Integral à Saúde: saúde, trabalho e funcionalidade (CNPq/UFBA) e membro do GT Reabilitação do Cesat/Divast, coordenador do PRT-Cesat.

## **Francesca Brito Magalhães**

Terapeuta Ocupacional graduada pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), possui Especialização em Saúde Mental: Teoria Psicanalítica (FSP/USP) e Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho (DMPS/UFBA). Atualmente, trabalha como Terapeuta Ocupacional da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), lotada na Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador (Divast), e da Secretaria Municipal de Saúde, lotada no Cerest Regional de Salvador; vinculada ao Grupo de Pesquisa Atenção Integral à Saúde: saúde, trabalho e funcionalidade (CNPq/UFBA) e membro do GT Reabilitação do Cesat/Divast, coordenador do PRT-Cesat.

## **Josiane Mota Lopes**

Graduada em Psicologia pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP); Especialização em Terapia Cognitivo-Comportamental pela Faculdade Integrada de Taquara (RS)/ Núcleo de Terapia Cognitiva da Bahia (NTCBA); Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho (DMPS/UFBA). Atualmente trabalha como Psicóloga Clínica. Vinculada ao Grupo de Pesquisa Atenção Integral à Saúde: saúde, trabalho e funcionalidade (CNPq/UFBA).

## **Kátia Maciel Costa-Black**

Fisioterapeuta graduada pela Universidade Católica do Salvador (UCSal); Mestrado em Ergonomia e Biomecânica pela *New York University* (EUA); Doutorado em Engenharia Industrial pela Politécnica de Montreal / Universidade de Montreal (Canadá). Completou três anos de pós-doutorado na Universidade de Sherbrooke e Universidade de Toronto (Canadá). Atualmente é mentora do treinamento em Prevenção da Incapacidade para o Trabalho oferecido pelo *Canadian Institutes of Health Research (University of Toronto)*. É *extra-ordinary lecturer* da Universidade de Pretoria, Departamento de Saúde Pública (África do Sul).

## **Mônica Angelim Gomes de Lima**

Médica graduada pela Universidade Federal da Bahia (UFBA); Mestrado e Doutorado em Saúde Coletiva (UFBA); Estágio Pós-doutoral na Universidade de Toronto (Canadá). Atualmente é Professora Associada I do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA e é coordenadora do grupo de pesquisa do CNPq/UFBA – Atenção Integral à Saúde: saúde, trabalho e funcionalidade; participou como membro da equipe coordenadora do PRT-Cesat, por meio de parceria (serviço-universidade).

## **Norma Carapiá Fagundes**

Enfermeira graduada pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS); Mestrado em Saúde Comunitária (UFBA); Doutorado em Educação (UFBA). Professora da Escola de Enfermagem da UFBA.

## **Rita de Cássia Peralta Carvalho**

Assistente Social graduada pela Universidade Católica do Salvador (UCSal); possui Especialização em Saúde do Trabalhador (ISC/UFBA). Atualmente, trabalha como Assistente Social da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), lotada na Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador (Divast); vinculada ao Grupo de Pesquisa Atenção Integral à Saúde: saúde, trabalho e funcionalidade (CNPq/UFBA) e membro do GT Reabilitação do Cesat/Divast, coordenador do PRT CESAT.

## **Robson Neves da Fonseca**

Fisioterapeuta graduado pela Universidade Católica do Salvador (UCSal); possui Especialização em Clínica da Dor; Mestrado em Saúde Comunitária (ISC/UFBA); Doutorando em Saúde Pública (ISC/UFBA). Professor do Departamento de Fisioterapia da UFPB. Está vinculado ao Grupo de Pesquisa Atenção Integral à Saúde: saúde, trabalho e funcionalidade (CNPq/UFBA) e ao LEPASC - Laboratório de Estudos e Práticas em Saúde Coletiva – (CNPq/UFPB).

## **Sonara Machado de Carvalho Freitas**

Médica graduada pela Universidade Federal da Bahia (UFBA); Especialização em Fisiatria (Clínica de Reabilitação Motora), em Reabilitação do Membro Superior (Clínica de Reabilitação de Ortopedia e Traumatologia) e em Psicoterapia Analítica (Instituto Junguiano da Bahia). Médica Fisiatra da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, lotada na Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador (Divast) e membro do GT Reabilitação do Cesat/Divast, coordenador do PRT-Cesat.

## **Sylvia Regina Freire de Carvalho Sá**

Fisioterapeuta graduada pela Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). Pós-graduada em Saúde Pública (Universidade de Ribeirão Preto); Especialização em Clínica da Dor (Unifacs); Especialização em Saúde do Trabalhador (ISC/UFBA). Atualmente, trabalha como Fisioterapeuta da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), lotada no Hospital Geral Menandro de Faria, no Serviço Integrado de Assistência à Saúde do Trabalhador (Siasst). Vinculada ao Grupo de Pesquisa Atenção Integral à Saúde: saúde, trabalho e funcionalidade (CNPq/UFBA) e membro do GT Reabilitação do Cesat/Divast, coordenador do PRT-Cesat.





TERRA DE TODOS NÓS

SECRETARIA DA SAÚDE



Ministério da  
Saúde



Agência Brasileira do ISBN  
ISBN 978-85-65780-03-2



9 788565 780032