

Cristiane Elisa Ribas Batista

**PERCEÇÃO DA CAPACIDADE E FUNCIONALIDADE DE
TRABALHADORES DA INDÚSTRIA TÊXTIL EM
TRAJETÓRIAS DE RETORNO AO TRABALHO**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Suzana da Rosa Tolfo

Coorientador: Prof. Dr. Roberto Moraes Cruz

Florianópolis
2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Batista, Cristiane Elisa Ribas Batista
PERCEPÇÃO DA CAPACIDADE E FUNCIONALIDADE DE
TRABALHADORES DA INDÚSTRIA TÊXTIL EM TRAJETÓRIAS DE RETORNO
AO TRABALHO / Cristiane Elisa Ribas Batista Batista ;
orientadora, Suzana da Rosa Tolfo ; coorientador, Roberto
Moraes Cruz. - Florianópolis, SC, 2015.
214 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa
de Pós-Graduação em Psicologia.

Inclui referências

1. Psicologia. 2. Retorno ao Trabalho. 3. Percepção de
Capacidade. 4. Funcionalidade. I. Tolfo, Suzana da Rosa .
II. Cruz, Roberto Moraes. III. Universidade Federal de
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. IV.
Título.

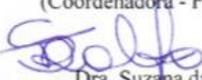
Cristiane Batista

Percepção da capacidade e funcionalidade de trabalhadores da indústria têxtil em trajetórias de retorno ao trabalho

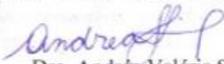
Dissertação aprovada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 22 de junho de 2015.

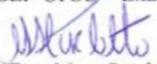

Dra. Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré
(Coordenadora - PPGP/UFSC)


Dra. Suzana da Rosa Tolfo
(PPGP - UFSC - Orientadora)

Dr. Roberto Moraes Cruz
(PPGP-UFSC - Coorientador)


Dra. Andréa Valéria Steil
(PPGP-UFSC - Examinadora)


Dra. Lizandra Garcia Lupi Vergara
(PPGEP-UFSC - Examinadora)


Dra. Mary Sandra Carlotto
(PPGP-PUCRS - Examinadora)

Dra. Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré
(PPGP-UFSC – Suplente)

À minha família, pela dedicação, carinho e capacidade de acreditar e investir em mim durante todos os momentos que me trouxeram até aqui. Meu muito obrigado por sua presença que significou segurança e certeza de que não estou sozinha nessa caminhada.

RESUMO

A trajetória de retorno ao trabalho daqueles acometidos por algum comprometimento de saúde tem se caracterizado por problemáticas que envolvem a avaliação médica pericial, a condição de saúde em que ocorre o retorno ao trabalho, aspectos psicológicos e organizacionais envolvidos neste processo. Estes aspectos, isolados ou em conjunto, comprometem a capacidade para o trabalho, uma vez que fatores como a própria capacidade e a funcionalidade do trabalhador não são consideradas com finalidade de avaliação da saúde e da reinserção no posto ou ambiente de trabalho em que este retorna. A percepção de capacidade para o trabalho refere-se à qualidade atribuída pelo próprio sujeito, bem como o sentimento de aptidão para realizar as atividades inerentes ao seu trabalho. A capacidade para o trabalho refere-se à qualidade física, intelectual ou psicológica e o quanto está capaz para atender as demandas do trabalho. Já a funcionalidade refere-se à aptidão física envolvida na execução do trabalho. Diante do exposto, este estudo teve como objetivo compreender a percepção de capacidade para o trabalho de trabalhadores que, após período de afastamento, retornaram às atividades laborativas com diferentes graus de funcionalidade. Para tanto, objetivou: Identificar a percepção de trabalhadores sobre sua capacidade para o trabalho; Avaliar o grau de capacidade de trabalhadores que retornam ao trabalho e Avaliar o grau de funcionalidade de trabalhadores que retornam ao trabalho. A abordagem adotada foi qualitativa. O campo de pesquisa foi restrito a duas indústrias do ramo têxtil localizadas em Joinville, Santa Catarina, sendo uma empresa de pequeno e a outra de médio porte. Os participantes foram 11 trabalhadores, de ambos os sexos, com idade entre 20 e 49 anos, que retornaram ao trabalho após período de afastamento. Para a coleta de dados foram utilizados três instrumentos complementares entre si: Índice de Capacidade para o Trabalho, Roteiro de Entrevista e, Checklist (Versão 2.1) da Classificação internacional de Funcionalidade (CIF). O conjunto de informações colhidas foi analisado de modo casuístico e, posteriormente foram analisados o conjunto de dados de todos os sujeitos. O comprometimento da saúde mostrou estar presente no retorno ao trabalho, e este, por sua vez pode ser agravado devido às características da função, da qualidade dos relacionamentos, do volume de trabalho, da carga horária, entre outros, de modo a sobrecarregar o trabalhador agravando ou desencadeando doenças físicas e/ou transtornos psicológicos. Indícios apontam que a satisfação com trabalho é percebida e vivenciada negativamente após o retorno ao

trabalho. Ao comparar os dados de satisfação com trabalho e função, no momento que precedeu o afastamento e após o retorno ao trabalho, percebe-se que antes do afastamento os participantes diziam-se mais satisfeitos. O sentimento de bem estar também pareceu ser alterado após o retorno ao trabalho. As informações colhidas neste estudo revelam que; alguns trabalhadores, que realizam atividades que demandam esforço físico, apresentaram deficiências relacionadas à movimentação corporal e funções neuromusculoesqueléticas. Estes por sua vez, apresentam funcionalidade para desenvolver atividades que exigem funções mentais e sociais. Em contra partida, outros trabalhadores não apresentaram incapacidades, estes, apresentaram funcionalidade em todas as áreas avaliadas, o que confere aptidão para desenvolver atividades que demandem funções físicas, mentais, sociais e de mobilidade, muito embora, sintomas depressivos foram identificados. Nota-se que a percepção dos sujeitos sobre a sua própria capacidade para o trabalho são, em alguns casos, divergentes do grau de capacidade apresentado pelo ICT. Tal fato sugere que a vivência subjetiva de cada trabalhador, os sentimentos, a presença de dores e/ou comprometimento físico e/ou psicológico, pode exercer influências sobre a própria percepção de capacidade, de tal modo que esta seja percebida em maior ou menor grau pelo sujeito. Já, em outros casos, a percepção de capacidade pareceu estar relativamente de acordo com o grau de capacidade para o trabalho. Dos participantes que percebem ter pior ou mesmo grau de capacidade daquele avaliado pelo instrumento, quatro possuem incapacidade relacionada a atividades que demandam esforço físico e quatro não apresentam incapacidades. Três participantes percebem ter mais capacidade para o trabalho, dos quais, dois possuem incapacidade relacionada a atividades que demandam esforço físico e um não possui incapacidade. Diante do exposto, a percepção de capacidade para o trabalho desempenha um importante papel na qualidade dos sentimentos vivenciados e na saúde psicológica dos trabalhadores que retornam ao trabalho, dado seu nível de comprometimento, ou não, de saúde para executar as atividades inerentes a função. De posse das evidências apontadas, salienta-se a importância de estudos futuros que possam vir a aprofundar a temática abordada e preencher as lacunas aqui existentes.

Palavras-chave: Retorno ao Trabalho. Percepção de Capacidade. Funcionalidade.

ABSTRACT

The return journey to work of those affected by any health commitment has been characterized by problems involving expert medical evaluation, the health condition that occurs the return to work, psychological and organizational aspects involved in this process. These aspects alone or together compromise the ability to work, as factors such as one's capacity and functionality of the worker are not considered for purposes of assessing the health and reintegration in post or workplace where one returns. The ability to work refers to the quality attributed by the subject itself, and the sense of fitness to perform some activity inherent in the work, while the functionality refers to the physical fitness involved in the execution of the work. Given the above, this study aimed to understand the perception of ability to work of workers who after cooling off period returned to work activities with varying degrees of functionality. Therefore, the objective was: To identify the perception of workers about their ability to work; Evaluate the level of ability of workers who return to work and evaluate the degree of functionality of workers who return to work. The approach was qualitative. The research field is restricted to two industries in the textile industry located in Joinville, Santa Catarina, being a small company and the other mid-sized. The participants were 11 workers of both sexes, aged between 20 and 49 years, who returned to work after cooling off period. To collect data three complementary instruments were used together: Ability Index for Work, Interview Guide and Checklist (Version 2.1) of the international Classification of Functioning (ICF). The set of collected information was analyzed in casuistically mode and the data set of all subjects were subsequently analyzed. The health commitment showed being present in the return to work, and this itself can be aggravated due to the function characteristics, quality of relationships, workload, the workload schedule, among others, in order to overload the worker worsening or triggering physical and / or psychological disorders. Evidence points that satisfaction with work is perceived and experienced negatively after returning to work. By comparing the data of satisfaction with work and function at the time that preceded the departure and after returning to work, it is clear that before the cooling off period participants said to be more satisfied. The feeling of well-being also seemed to be changed after returning to work. The information gathered in this study reveal that; some workers who perform activities that require physical exertion showed deficiencies related to body movement and neuromusculoskeletal functions. These in turn have functionality to

develop activities that require mental and social functions. By contrast, other workers did not have disabilities, they showed functionality in all assessed areas, which gives ability to develop activities that require physical function, mental, social and mobility, though, depressive symptoms were identified. It is realized that the perception of the subjects on their own ability to work are, in some cases, differing in the degree of capacity presented by ICT. This suggests that the subjective experience of each worker, the feelings, the presence of pain and / or physical and / or psychological impairment, may exert influence on the perception of capacity, so that it is perceived to a greater or lesser degree by the subject. Otherwise, in other cases, the perception ability seemed to be relatively in accordance with the degree of workability. From the participants who perceived having worse or the same level of capability than that evaluated by the instrument, four have disability related to activities that require physical exertion and four do not have disabilities. Three participants perceive to have more capacity for work, of which two have disability related to activities that require physical exertion and one has no disability. Given the above, the perceived ability to work plays an important role in the quality of feelings experienced and the psychological health of workers who return to work, given their level of commitment, or not, health to perform the inherent function activities. Armed with the evidence presented, it highlights the importance of future studies that may deepen the theme addressed and fill the existing gaps in here.

Keywords: Returns to Work. Perception of Capacity. Functionality.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Interação entre os componentes da CIF	44
Figura 2 - Cadeia Produtiva Brasileira	55
Figura 3 - Valores Pagos em Salários (Bilhões/ano).....	58
Figura 4 - Distribuição de Empregos e Investimentos – Têxtil e Vestuário	58
Figura 5 - Categorias Organizadoras da CIF.....	68
Figura 6 - Qualificadores por Níveis das Estruturas do Corpo.....	69
Figura 7 - Funções e Estruturas do Corpo.....	71
Figura 8 - Domínios do Componente Atividade e Participação.....	72

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Modelo Conceitual de Percepção	53
Quadro 2 - Produtores Mundiais de Vestuário	56
Quadro 3 - Produtores Mundiais de Têxteis.....	57
Quadro 4 - Empregabilidade Têxtil no Brasil	57
Quadro 5 - Dez Maiores Empresas Têxteis do Sul do Brasil	59
Quadro 6 - Sete Maiores Indústrias Têxteis de Joinville.....	60
Quadro 7 - Partes Estruturais da CIF e Seus Respectiveos Componentes	67
Quadro 8 - Qualificadores de Desempenho e Capacidade	73
Quadro 9 - Esquema Interpretativo do ICT.....	75
Quadro 10 - Caracterização dos Participantes e Condições de Saúde Anterior ao Afastamento	76
Quadro 11 - Categorias das trajetórias de afastamento e retorno ao trabalho.....	77
Quadro 12 - Matriz de Informação das Funções e Estruturas do Corpo	79
Quadro 13 - Matriz de Informação: Atividade e Participação.....	80
Quadro 14 - Categorias avaliadas em cada instrumento.....	82
Quadro 15 - Afastamento e Retorno ao Trabalho entre 2010 e 2014: Empresa Thirthel.....	86
Quadro 16 - Desligamentos da Empresa após retorno ao trabalho: Empresa Thirthel.....	87
Quadro 17 - Afastamento e Retorno ao Trabalho entre 2010 e 2014: Empresa Nethorn.....	89
Quadro 18 - Desligamentos da Empresa após Retorno ao Trabalho: Empresa Nethorn.....	90
Quadro 19 - Dados Sociodemográficos dos Trabalhadores que retornaram ao Trabalho em ambas as Empresas	90
Quadro 20 - Descrição dos Cargos Ocupados por Trabalhadores que Retornaram ao Trabalho em ambas as Empresas	92
Quadro 21 - Síntese das Informações de Percepção, Capacidade, Funcionalidade e Incapacidade (Celina – Empresa Thirthel).....	99
Quadro 22 - Síntese das Informações de Percepção, Capacidade, Funcionalidade e Incapacidade (Lucinda – Empresa Thirthel).....	103
Quadro 23 - Síntese das Informações de Percepção, Capacidade, Funcionalidade e Incapacidade (Derli – Empresa Thirthel).....	106
Quadro 24 - Síntese das Informações de Percepção, Capacidade, Funcionalidade e Incapacidade (Lília – Empresa Thirthel).....	108
Quadro 25 - Síntese das Informações de Percepção, Capacidade, Funcionalidade e Incapacidade (Dinis – Empresa Thirthel)	111

Quadro 26 - Síntese das Informações de Percepção, Capacidade, Funcionalidade e Incapacidade (Otília – Empresa Thirthel).....	115
Quadro 27 - Síntese das Informações de Percepção, Capacidade, Funcionalidade e Incapacidade (Tamara – Empresa Thirthel).....	119
Quadro 28 - Síntese das Informações de Percepção, Capacidade, Funcionalidade e Incapacidade (Tairine – Empresa Thirthel)	123
Quadro 29 - Síntese das Informações de Percepção, Capacidade, Funcionalidade e Incapacidade (Marilda – Empresa Nethorn).....	126
Quadro 30 - Síntese das Informações de Percepção, Capacidade, Funcionalidade e Incapacidade (Talita – Empresa Nethorn)	130
Quadro 31 - Síntese das Informações de Percepção, Capacidade, Funcionalidade e Incapacidade (Olívia – Empresa Nethorn).....	134
Quadro 32 - Caracterização dos Participantes.....	135
Quadro 33 - Características da Função e Remuneração.....	139
Quadro 34 - Relatos de Dores e Jornada Extra de Trabalho	141
Quadro 35 - Diagnóstico dos Afastamentos.....	143
Quadro 36 - Condições dos Afastamentos por Diagnóstico	144
Quadro 37 - Comorbidade de Diagnóstico no Afastamento	145
Quadro 38 - Condições de Retorno ao Trabalho.....	156
Quadro 39 - Avaliação da Condição de Saúde e do Ambiente de Trabalho Anterior ao Problema de Saúde que Ocasinou o Afastamento	156
Quadro 40 - Avaliação das condições de saúde e do Ambiente de Trabalho após Retorno ao Trabalho	163
Quadro 41 - Escores Obtidos no ICT.....	165
Quadro 42 - Dados das Funções Neuromusculares e funções Relacionadas com Movimento.....	166
Quadro 43 - Informações da Percepção das Funções Mentais após Retorno ao Trabalho	167
Quadro 44 - Percepção das Funções Sensoriais de Dor	168
Quadro 45 - Avaliação das Funções de Voz e Fala.....	168
Quadro 46 - Dados das Funções do Aparelho Digestivo e Sistema Metabólico e Endócrino.....	169
Quadro 47 - Avaliação da Capacidade e desempenho em Atividades	170
Quadro 48 - Relação entre a Percepção de Capacidade, Capacidade para o trabalho e Funcionalidade	174

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	17
2 INTRODUÇÃO	21
2.1 MODELOS EM SAÚDE	21
2.2 INCAPACIDADE EM SAÚDE.....	24
2.2.2 Incapacidade para o Trabalho	25
2.3 IMPLICAÇÕES DO RETORNO AO TRABALHO	30
2.4 CAPACIDADE PARA O TRABALHO	35
2.4.1 Determinantes da Capacidade Para o Trabalho	37
2.5 FUNCIONALIDADE	42
2.6 REINSERÇÃO NO AMBIENTE DE TRABALHO	45
2.7 PERCEPÇÃO DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO.....	51
2.8 CENÁRIO DA INDÚSTRIA TÊXTIL	54
3 MÉTODO.....	61
3.1 CAMPO DE PESQUISA	62
3.1.1 Coleta de Dados de Campo.....	62
3.2 PARTICIPANTES	63
3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	64
3.4.1 Índice de Capacidade Para o Trabalho (ICT)	64
3.4.2 Entrevista	65
3.4.3 Classificação Internacional de Funcionalidade	66
3.4.3.1 Atividade e Participação.....	71
3.5 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE INFORMAÇÕES ...	73
3.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DAS INFORMAÇÕES	74
3.6.1 Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT)	74
3.6.2 Entrevista	75
3.6.3 Checklist – Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF)	77
3.6.4 Análise Conjunta dos Instrumentos (ICT, Entrevista e CIF)	81
3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	83
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	85
4.1 PERFIL E CARACTERÍSTICAS DAS INDÚSTRIAS PESQUISADAS.....	85
4.1.1 Empresa Thirthel	85
4.1.2 Empresa Nethorn	87
4.2 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS TRABALHADORES QUE RETORNARAM AO TRABALHO	90
4.3 DESCRIÇÃO DOS CARGOS DAS PESSOAS QUE RETORNARAM AO TRABALHO	91

4.4 TRAJETÓRIAS DE RETORNO AO TRABALHO E CONDIÇÃO DE SAÚDE.....	94
4.4.1 Celina – Empresa Thirthel	94
4.4.2 Lucinda – Empresa Thirthel.....	99
4.4.3 Derli – Empresa Thirthel	103
4.4.4 Lília - Empresa Thirthel.....	106
4.4.5 Dinis – Empresa Thirthel	109
4.4.6 Otília- Empresa Thirthel	111
4.4.7 Tamara – Empresa Thirthel	115
4.4.8 Tairine – Empresa Thirthel	119
4.4.9 Marilda – Empresa Nethorn	123
4.4.10 Talita – Empresa Nethorn.....	126
4.4.11 Olívia – Empresa Nethorn.....	130
5 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO CONJUNTA DAS INFORMAÇÕES	135
5.1 PERFIL DE TRABALHADORES QUE RETORNARAM AO TRABALHO.....	135
5.2 CONDIÇÕES DO AFASTAMENTO DO TRABALHO	143
5.3 CONDIÇÕES DE RETORNO AO TRABALHO	155
5.4 CONDIÇÕES DE SAÚDE E DO AMBIENTE DE TRABALHO: ANTES E DEPOIS DO AFASTAMENTO	156
5.5 CAPACIDADE E FUNCIONALIDADE; INCAPACIDADE E DEFICIÊNCIA	164
5.5.1 Funções e Estruturas do Corpo	165
5.5.2 Atividade e Participação.....	169
6 PERCEPÇÃO DE CAPACIDADE DE DIFERENTES GRAUS DE FUNCIONALIDADE	173
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	175
REFERÊNCIAS.....	185
ANEXO A - Índice de Capacidade para o Trabalho	205
ANEXO B - Roteiro de Entrevista.....	209
ANEXO C - Checklist (Versão 2.1) Da Classificação Internacional De Funcionalidade	211

1 APRESENTAÇÃO

O retorno ao trabalho após período de afastamento representa um desafio no âmbito das políticas públicas, as quais, embora se apresentem de forma estruturada em suas definições e procedimentos teóricos, acabam, por vezes, não sendo eficientes na prática. O retorno ao trabalho, daqueles acometidos por doenças ou afastados em decorrência de acidentes do trabalho, não tem se caracterizado em uma prática simples, uma vez que, envolvem não apenas o trabalhador afastado como também envolvem aspectos da previdência social e dos programas decorrentes, bem como médicos assistentes e peritos e a própria empresa que por vezes não encontram um consenso sobre a condição de saúde do trabalhador.

Em um contexto marcado por controvérsias encontra-se o trabalhador, o qual permanece, muitas vezes, em uma condição desfavorável frente à própria condição de saúde, às políticas públicas e às ações decorrentes do processo de retorno ao trabalho e aspectos sociais no âmbito da empresa. A condição de saúde, no caso dos fenômenos em estudo, se refere à presença ou agravo de doença, aos aspectos psicológicos e emocionais decorrentes do quadro clínico, enquanto que os aspectos sociais no âmbito da empresa dizem respeito à qualidade dos relacionamentos estabelecidos com pares e superiores, bem como, a capacidade de enfrentamento das situações diárias de trabalho.

O retorno ao trabalho está circunscrito por questões que implicam na avaliação, entre outros fatores, da incapacidade, capacidade e funcionalidade do trabalhador. A incapacidade está relacionada à dificuldade ou inviabilidade em realizar determinada atividade devido a um problema físico ou de saúde e, que em decorrência de uma doença ou agravo de saúde que provoca perda da capacidade funcional. A incapacidade para o trabalho é fator preditivo para que ocorram futuros afastamentos do trabalho. Dados estatísticos têm mostrado a magnitude de registros de incapacidade e afastamentos do trabalho, tanto em nível mundial como nacional, com custos econômicos consideráveis. A Organização Mundial do Trabalho (OIT) estima que anualmente surgem mais de 160 milhões de casos de doenças relacionadas ao trabalho, o que indica que em média 2% da população mundial são acometidas por enfermidades relacionadas ao trabalho (OIT, 2013). No Brasil, apenas no ano de 2013, a Previdência Social concedeu 5,2 milhões de benefícios, dos quais 87,7% previdenciários, 5% acidentários e 6,8% assistenciais. O valor total dos benefícios concedidos em 2013 atingiu

5,1 bilhões, valor que representou um acréscimo de 13,5% em relação ao ano de 2012. As espécies mais concedidas foram o auxílio-doença previdenciário (43,6%), aposentadoria por idade (12,6%) e salário-maternidade (12,1%).

Havendo a remissão da doença ou agravo, que determinou a incapacidade, o trabalhador retorna às atividades laborativas. A remissão da doença ou agravo, não está relacionada à recuperação da capacidade para o trabalho e, sim a recuperação da funcionalidade. A capacidade para o trabalho refere-se à qualidade e aptidão relacionada à execução de um determinado trabalho; é resultante de um processo dinâmico, entre os recursos fisiológicos, psicológicos e emocionais do indivíduo em executar seu trabalho. Já a funcionalidade está intimamente ligada à incapacidade, uma vez que é determinada pela interação dinâmica entre a condição ou estado de saúde posterior ao acometimento da doença e os fatores relacionados ao contexto de trabalho.

A definição de funcionalidade utilizada no presente estudo tem como referencial a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) proposta pela Organização Mundial de Saúde (2004). Neste sentido, a funcionalidade pode ser compreendida por meio da interação entre os componentes: incapacidade e saúde, condição de saúde, funções e estruturas do corpo, atividade e participação; é a interação complexa entre estes componentes que determinará o grau de funcionalidade de um indivíduo. A funcionalidade não é determinada pela presença ou ausência de doenças e sim pela dinâmica de interação entre as condições de saúde, que inclui a doença e fatores ambientais e fatores pessoais.

Estas problemáticas têm configurado um campo de preocupações para profissionais e pesquisadores da área (Graef & Brandão, 1993; Bellusci & Fischer 1999; Tuomi, 1997; Metzner & Fischer, 2001; Duran e Cocco, 2004; Calvalcanti, 2005; Souza & Faiman 2007; Silva e Kruszielski, 2008; Torres et al., 2012) uma vez que estas ocorrências podem contribuir para o agravamento das condições de saúde e, conseqüentemente, perda ou diminuição da capacidade para o trabalho e da funcionalidade do trabalhador, gerando reincidências no afastamento. Dadas as problemáticas e a complexidade do tema, o retorno ao trabalho torna-se objeto de preocupação no âmbito científico, político e empresarial.

Frente às questões apresentadas, o presente estudo tem como objetivo compreender a percepção de capacidade para o trabalho de trabalhadores que após período de afastamento, retornaram às atividades

laborativas com diferentes graus de funcionalidade. Para tanto, este estudo visa: Identificar a percepção de trabalhadores sobre sua capacidade para o trabalho; Avaliar o grau de capacidade de trabalhadores que retornam ao trabalho e Avaliar o grau de funcionalidade de trabalhadores que retornam ao trabalho.

O estudo deste tema trará contribuições para a ciência, pois, de modo geral, as investigações que envolvem o retorno ao trabalho analisam as causas externas e os principais aspectos epidemiológicos (Oliveira 2006). Poucos estudos na literatura têm analisado o retorno ao trabalho sob o olhar do trabalhador. Ao revisar a contribuição das diferentes teorias para os estudos da incapacidade, Oliver (1998) considera que o paradigma positivista tem dominado os estudos nesta área com pesquisas, que geralmente buscam conhecer variáveis objetivas, e desprezam a subjetividade dos que vivem a experiência da deficiência ou da incapacidade. Diante disso, o desenvolvimento deste estudo poderá fornecer dados qualitativos de forma a contribuir para compreensão da vivência de trabalhadores que apresentam alterações no grau de funcionalidade.

Outra contribuição que o presente estudo pode trazer se refere à utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade como instrumento de coleta de dados, uma vez que se diferencia do método de coleta de dados tradicionalmente adotados em pesquisas sobre o tema. O mais frequente tem sido avaliar a CIF enquanto instrumento clínico, segundo Sampaio e Luz (2009), e existem poucos estudos que testam a CIF como instrumento de coleta de dados empíricos. Possíveis explicações para esse número reduzido de trabalhos pode ser o fato de que a classificação é relativamente recente e, sobretudo, em razão das dificuldades de se operacionalizá-la.

No que tange aos temas Incapacidade e Saúde do Trabalhador, Takahashi, Leite, Göeldi (2010) ressaltam que há uma carência de literatura de estudos integradores, pois predominam abordagens elaboradas por meio de experiências de serviços de saúde e proposição de novas práticas. Este estudo busca, então, como resultado, contribuir para a ciência ao possibilitar a identificação de fenômenos psicológicos envolvidos no contexto do retorno ao trabalho, capacidade e funcionalidade, o que pode contribuir para o desenvolvimento de ações que visem integrar dimensões envolvidas na saúde do trabalhador.

Uma vez que o tema está circunscrito a fenômenos e aspectos psicológicos, o desenvolvimento deste estudo poderá trazer contribuição para o conhecimento na psicologia, sugerir novas pesquisas, e para o desenvolvimento de novos instrumentos de avaliação e intervenção que

possibilitem o tratamento integral do trabalhador no que tange os aspectos ligados à capacidade para o trabalho e graus de funcionalidade. Abordar este tema traz contribuições para profissionais da saúde na medida em que poderão avaliar fatores que interferem na capacidade e funcionalidade. Pode contribuir, ainda, para uma melhor compreensão não só do sofrimento presente na população de trabalhadores, como na compreensão dos aspectos ligados à presença/ausência de doenças, à capacidade para o trabalho e à funcionalidade apresentada pelo trabalhador. Estes aspectos poderão servir de base para intervenção na área de gestão de pessoas nas organizações.

É de relevância social, ao oferecer informações para a sociedade em geral, da problemática do afastamento e do retorno ao trabalho. Os dados desta pesquisa poderão servir para o aprimoramento de políticas públicas, bem como para o desenvolvimento de novas ações em setores e com trabalhadores que atuam em contexto similar ao deste estudo. Espera-se que a abordagem adotada possa contribuir para que medidas laborais sejam adotadas, a fim de diminuir riscos de agravos à saúde, dado a capacidade e funcionalidade do trabalhador para a execução do seu trabalho.

2 INTRODUÇÃO

2.1 MODELOS EM SAÚDE

Os conceitos de saúde sofrem alterações no decorrer do tempo, dados suas características históricas, sociais e políticas, as quais respaldam as políticas públicas de cada época. Os primeiros indicadores de saúde remontam à década de 1950 quando a Organização das Nações Unidas sugeriu uma abordagem para a mensuração dos níveis de vida. Nesta perspectiva os primeiros indicadores de saúde eram embasados em dados de mortalidade fornecidas pelo registro civil, dado seu contexto histórico marcado pela prevalência de óbitos por doenças infecciosas, letais e de curta duração (Laurent, 2005; Costa, 2006).

A partir dos anos 1960, com a prevalência de patologias de longa duração como tuberculose, neoplasias, pneumonia e doenças cardiovasculares (Buchalla, 2003), cuja evolução reduzia a capacidade funcional, surgiu a necessidade de novos indicadores de saúde, os quais passaram a avaliar a morbidade, ou seja, as características particulares das patologias, ao invés da mortalidade. Esta alteração resultou segundo Costa (2006), em abordagens preventivas do adoecimento, seguidas de abordagens preocupadas com a capacidade envolvida no desenvolvimento de atividades diárias e sociais, abordagens positivistas preocupadas com o bem estar e satisfação com a saúde e outras relacionadas às distintas dimensões da saúde.

As alterações sobre as concepções de saúde, decorrentes da década de 1960, resultaram em novas perspectivas, das quais decorrem modelos e indicadores de saúde. Na literatura atual predominam quatro modelos de indicadores utilizados para avaliar as condições de saúde. Segundo Costa (2006), são eles: o biomédico, o utilitarista, o de qualidade de vida e da Organização Mundial da Saúde (OMS), baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF).

O modelo Biomédico é embasado por pressupostos biológicos do organismo, o conceito de saúde é concebido em metodologias quantitativas, onde a normalidade se define em termos de frequência (Czeresnia, 2009). Nesta perspectiva a saúde é considerada a ausência de doença, enquanto que a doença é definida como o estado de um indivíduo que interfere nas funções ou funcionamento normal de órgãos ou sistema (Czeresnia, 2009). Este modelo reflete o interesse na deficiência, doença ou anormalidade corporal e na maneira que se produz o grau de incapacidade ou limitação funcional; a deficiência está reduzida à categoria de doença corporal (Sampaio & Luz, 2009). Costa

(2006) acrescenta a este conceito que o processo saúde-doença é representado por um gradiente que oscila desde o pleno funcionamento até a total incapacidade fisiológica que caracteriza a morte.

O modelo biomédico é alvo de críticas (Costa, 2009; Czeresnia, 2009, Seligman, 2011) pois apresenta um parâmetro de normalidade inquestionável em relação ao conceito de saúde, uma vez que se restringe a aspectos anatômicos, bioquímicos e fisiológicos no qual, não há espaço para o sofrimento, expressões funcionais, sociais e culturais. Os Indicadores concebidos por este modelo estão baseados em diagnósticos, e na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) que fornece um modelo para a categorização e classificação de doenças, transtornos e lesões baseado na etiologia, anatomia e causas das lesões (Costa, 2006).

O modelo Utilitarista é baseado em uma concepção voluntarista, racionalista e individualista do sujeito, com base no pressuposto de que as pessoas avaliam suas escolhas em termos de custo-benefício frente à sua própria saúde. Este modelo, também denominado de *illnes behaviour*, que significa comportamento doente, adquiriu importância ao chamar a atenção para os fatores extra biológicos da doença e ao atribuir responsabilidades ao indivíduo, uma vez que seu comportamento pode resultar em distintas circunstâncias de saúde (Alves e Souza, 1999). Este modelo serviu de referência para o desenvolvimento de estudos de economia em saúde, nos quais se dá importância aos problemas de saúde na medida em que eles interferem na “utilidade”, ou seja, nas preferências e escolhas dos indivíduos acometidos por problemas de saúde, podendo ser entendido como funcionalidade do indivíduo.

O modelo de qualidade de vida apresenta ampla multiplicidade de definições encontradas na literatura (Minayo, 2000, Oliveira, 2004; Costa, 2006). Qualidade de vida é, segundo Minayo (2000), uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação do indivíduo em relação às várias esferas de sua vida. Ao aprofundar a discussão sobre qualidade de vida, e as variabilidades de conceitos, a autora observa que em todas as revisões realizadas, encontrou em comum a relevância de valores não materiais, como amor, liberdade, solidariedade e inserção social, realização pessoal e felicidade, como componentes da concepção de qualidade de vida. Tomando por base o conceito de qualidade de vida proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004) segundo a qual a qualidade de vida é a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais vive, e em relação a seus objetivos,

expectativas, padrões e preocupações. Constatase que este modelo também é alvo de críticas, visto que se torna um conceito subjetivo. A mensuração da qualidade de vida relacionada à saúde, segundo Costa (2006), é realizada por meio de instrumentos que abrangem múltiplas dimensões que resultam em indicadores ou perfis de qualidade de vida relacionados à saúde.

A Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) da Organização Mundial de Saúde é resultante da revisão do modelo publicado em 1980, da Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH), traduzida para o português como Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID). Neste modelo as condições decorrentes da doença eram concebidas em um processo de linearidade entre doença, incapacidade e desvantagem (Costa, 2006). A revisão da ICIDH resultou na publicação da CIF em 2001, a qual está baseada na integração dos modelos biomédico, psicológico e social. A funcionalidade e a incapacidade de uma pessoa, nesta perspectiva, são concebidas como uma interação dinâmica entre os estados de saúde que envolve doenças, perturbações, lesões, dentre outros e os fatores contextuais que envolvem fatores ambientais e pessoais (Buchalla, 2001). A incapacidade não é um atributo da pessoa, mas sim um conjunto complexo de condições que resulta da interação pessoa-meio (Bravo, 2010).

A análise Ergonômica do Trabalho (AET) privilegia as relações que são estabelecidas entre as condições de execução do trabalho e as atividades desenvolvidas, desta forma, o trabalho passa a ser analisado segundo suas dimensões físicas, cognitivas e organizacionais considerando as atividades vinculadas ao contexto socioeconômico e pessoal (Simonelli et al, 2010). Parte do pressuposto de que o trabalho real somente pode ser compreendido por meio da atividade de trabalho realizada pelo próprio trabalhador, uma vez que é a dinâmica das condições reais de execução do trabalho que definem a forma específica da realização da atividade. A ergonomia contribui, então, para a avaliação de situações de inclusão nos postos de trabalho, ao apontar soluções para problemas especificamente ergonômicos (Zurimendi, 1994, Simonelli et al, 2010)

Dados os modelos utilizados no âmbito organizacional que definem e avaliam questões envolvidas na saúde dos trabalhadores, verifica-se que não existe um consenso sobre um conceito que embase todos os modelos de avaliação propostos; cada modelo parte de uma perspectiva epistemológica distinta sobre saúde. Embora não haja um consenso sobre o conceito de saúde, existe certa concordância entre os

modelos, pois todos consideram a saúde como um dos principais determinantes da capacidade para o trabalho, como será abordado em seqüência, e o que distingue um modelo de outro é o conceito próprio de saúde utilizado em cada um deles (Tuomi, 2004 Costa 2005, Martinez; Latorre, 2006).

2.2 INCAPACIDADE EM SAÚDE

Devido às diferenças epistemológicas e os modelos de saúde que embasam a compreensão da incapacidade, a literatura também não apresenta um conceito único desta última que possa ser generalizado. Na revisão do conceito de incapacidade constata-se que, muitas vezes, encontra-se próximo ao conceito de deficiência, isso se deve ao fato que, uma vez instalado um quadro de deficiência existe uma incapacidade, mas nem toda incapacidade refere-se a um quadro de deficiência.

Como se tratam de conceitos próximos, mas de fenômenos distintos, cabe ressaltar que a deficiência é a perda ou anormalidade de uma estrutura ou função do organismo, que pode estar relacionada às dimensões: psicológica, fisiológica ou anatômica (OMS, 1980). As deficiências segundo Verbrugge e Jette (1994) são disfunções ou anormalidades que desencadeiam consequências significativas no funcionamento mental, físico e social.

O conceito de incapacidade, de forma geral, é mais amplo, pois envolve o sentimento de limitação experimentado pelo indivíduo ao realizar suas atividades. A incapacidade pode estar relacionada a uma deficiência ou agravo de saúde, mas independe de sua gravidade, uma vez que a vivência, o sentimento e as estratégias de enfrentamento da condição de saúde diferem são subjetivas a cada sujeito (OMS, 1980). A incapacidade, em um sentido amplo, refere-se à vivência singular de experimentar dificuldades ao realizar atividades que podem estar relacionadas a vários aspectos e, em contextos distintos da vida de um indivíduo, devido a um problema físico ou de saúde (Verbrugge & Jette, 1994).

Dentre as concepções de incapacidade encontradas na literatura duas predominam; a primeira defende a incapacidade como uma questão individual enquanto que na segunda a incapacidade é vista como uma questão social e política. A primeira concepção atribui ao indivíduo a causalidade e a responsabilidade sobre a sua condição de incapacidade. Esta abordagem é criticada por Takahashi, Leite e Göeldi (2010) que argumentam que a incapacidade não ocorre em um vácuo social, pois os fatores sociais e estruturais são preponderantes no estabelecimento da

incapacidade, bem como em sua superação. Já a segunda concepção, prioriza o viés sociopolítico; considera que a incapacidade aumenta na medida em que o ambiente social falha em ajustar-se às necessidades das pessoas incapacitadas (Takahashi, 2006, Bravo, 2010).

2.2.2 Incapacidade para o Trabalho

A incapacidade no contexto do trabalho pode ser definida como a perda da capacidade funcional, devido a uma doença ou agravamento de saúde, que interfere no desenvolvimento das atividades relacionadas ao trabalho. A incapacidade para o trabalho, segundo Costa (2012) pode ser compreendida como um desvio entre o comportamento esperado e o comportamento realizado, devido à irregularidade entre a capacidade em realizar as atividades inerentes ao trabalho e as exigências do mesmo.

Atualmente a incapacidade para o trabalho transformou-se em uma problemática em nível mundial e, dados estatísticos mostram a magnitude de registros de incapacidade para o trabalho, os quais representam um custo socioeconômico considerável. A estimativa dos benefícios por incapacidade concedidos à população economicamente ativa, no ano de 2003 em países desenvolvidos, girou em torno de 3% a 10% (Souza & Santana, 2011). Cabe salientar que embora a Organização Mundial de Saúde tenha proposto um modelo para avaliação da incapacidade, os registros de incapacidade de cada país estão pautados em conceitos, abordagens, metodologia, bem como legislações próprias e específicas que balizam os dados registrados e dificultam a ampla comparação censitária.

No Brasil, o afastamento do trabalho é um processo que envolve o trabalhador, a empresa, o Instituto de Previdência Social por meio do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), órgão responsável pelas perícias médicas e concessão de benefícios. De acordo com o que rege a legislação Previdenciária brasileira, em caso de incapacidade para o trabalho devido a uma doença ou agravamento da saúde detectada e atestada pelo médico assistente (médico não vinculado à Previdência Social) o trabalhador fica afastado das atividades laborativas.

Até maio de 2015 o pagamento dos 15 primeiros dias de afastamento era de responsabilidade da empresa; após este período o trabalhador deveria ser encaminhado para perícia médica do INSS que definiria a continuidade do afastamento e a concessão do benefício previdenciário. De acordo com reportagem do G1 (2015) para tentar sair do vermelho em 2015, o governo prometeu arrumar as contas públicas, para tanto, programou uma série de medidas para cortar despesas e aumentar a

arrecadação. Várias dessas medidas afetaram os benefícios da Previdência Social – e, portanto, diretamente os trabalhadores. Uma das mudanças, refere-se a Medida Provisória nº 664/2014 que passou a valer a partir de 1º de março de 2015 atribui a empresa o pagamento dos primeiros 30 dias de incapacidade para o trabalho, ou seja, o afastamento. Pela nova regra, o trabalhador só necessitará ser atendido pela perícia médica do INSS a partir do 31º dia, passando ser de responsabilidade da empresa o pagamento dos 30 primeiros dias de afastamento. Até a finalização deste estudo (15/05/2015), a medida encontra-se em vigor, mas com probabilidade de mudanças, pois a Câmara derrubou a alteração e o texto segue para o Senado Federal. Esta medida entrou em vigor em março e, portanto afetou todos os empregados afastados desde 1º de março de 2015. O Ministério da Previdência Social normatiza, por meio da Lei nº 8213/91, que o reconhecimento do nexo entre exercício profissional e o prejuízo à saúde do trabalhador pelo INSS permite conceder um benefício financeiro, a título de auxílio doença ou acidente.

A perspectiva do sistema previdenciário brasileiro está apresentada no Manual de Perícia Médica da Previdência Social, modelo adotado para concessão de benefícios, e propõe que os conceitos de incapacidade e invalidez devem ser analisados quanto ao grau, à duração e à profissão desempenhada. No manual, a incapacidade laborativa, de uma forma geral, é determinada pela impossibilidade de desempenho das funções específicas de uma atividade ou ocupação, em consequência de alterações morfo-psico-fisiológicas provocadas por doença ou acidente. O conceito de incapacidade engloba o risco de vida, para si ou para terceiros, ou de agravamento, que a permanência na atividade laborativa pode acarretar.

Dado o conceito, a incapacidade laborativa deve ser analisada quanto ao grau, definido como parcial ou total. É considerado como parcial o grau de incapacidade que ainda permita o desempenho de atividades, sem risco de vida ou agravamento maior. É considerada como total, a incapacidade que gera impossibilidade de permanência no trabalho, uma vez que, o trabalhador, em condições normais, não consegue atingir a média de desempenho dos trabalhadores da sua categoria. Quanto à duração da incapacidade esta pode ser temporária ou de duração indefinida. A incapacidade é denominada temporária quando pode se esperar recuperação dentro de um prazo previsível, enquanto que a incapacidade indefinida é insuscetível de alteração com os recursos da terapêutica e reabilitação disponíveis na época. Quanto à profissão a incapacidade laborativa pode ser: uniprofissional, multiprofissional, omniprofissional. No que se refere à categoria

uniprofissional a incapacidade é fator impeditivo de apenas uma atividade específica, na multiprofissional a incapacidade é fator de impedimento para diversas atividades profissionais e na omni-profissional a incapacidade implica na impossibilidade do desempenho de toda e qualquer atividade laborativa. Embora aborde o entendimento da incapacidade omni-profissional, ao final do conceito, apresentado no Manual de Perícia Médica da Previdência Social (pg.26) encontra-se a ressalva “...Sendo conceito essencialmente teórico, salvo quando em caráter transitório”.

O conceito de incapacidade uniprofissional, multiprofissional e omni-profissional adotado pela Previdência Social, Bravo (2010) ressalta que o mesmo não se enquadra nos pressupostos sociopolíticos da incapacidade, uma vez que consideram apenas os determinantes físicos da incapacidade. O autor segue questionando; “...Ser incapaz/ capaz requer um referencial: incapaz/capaz para quê? Em que condições?” (Bravo, 2010, pg. 66).

Considerando o modelo de incapacidade da previdência analisado e os conceitos propostos para fins de perícia médica e concessão de benefícios, é possível perceber que esta abordagem está revestida de direcionamentos que visam dificultar a liberação de benefícios, mostrando-se como uma das estratégias possíveis para redução de gastos Previdenciários. Em entrevista concedida ao jornal Valor Econômico (2013) a médica do trabalho Maria Maeno, diretora da Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (Fundacentro), entidade ligada ao Ministério do Trabalho, foi questionada quanto aos gastos da Previdência Social e as ações destinadas a recuperar a saúde dos trabalhadores incapacitados. A profissional afirmou há um grupo de pessoas incapacitadas e acidentadas que não conseguem os benefícios do INSS, como auxílio e participação em programas de reabilitação, e acabam por perder o emprego (Máximo, 2013).

No Brasil, embora os servidores públicos não façam parte da Previdência Social e, portanto não entrem para os dados estatísticos da mesma, e não seja objeto deste estudo, vale a análise do conceito de incapacidade adotado no âmbito estadual. A definição de capacidade laborativa é descrita no manual de Normas Técnicas Médico Periciais, adotada pelo estado de Santa Catarina para avaliação da capacidade laborativa de servidores do estado, o Decreto, 3.338/10. O manual está baseado nas Normas Técnicas Médico Periciais da Previdência Social, mas adota um conceito de capacidade laborativa, embasado em Ribeiro (1999, p.80) definida como: Capacidade laborativa é ter saúde suficiente ou mínima para o trabalho, de tal modo que:

É exigência principal do mercado, e só vende sua força de trabalho quem tem saúde suficiente para executar o trabalho referido. A produção não necessita de trabalhadores saudáveis, mas sim de indivíduos que possam garantir a produtividade esperada. O que importa não é a saúde do trabalhador, mas a saúde necessária para produção.

Neste sentido, a presença de doença, não significa necessariamente a existência de incapacidade laborativa, nesta lógica dos modelos, pois o que importa é sua repercussão no desempenho das atividades. Diante dos conceitos adotados pela Previdência Social e pelo INSS na avaliação da capacidade e incapacidade para o trabalho, salienta-se que a Previdência Social é o seguro social destinado à pessoa que contribui financeiramente e que visa assegurar meios indispensáveis de manutenção do beneficiário, sendo a incapacidade para o trabalho um dos fatores que daria direito ao recebimento do benefício.

O sistema do Regime Geral da Previdência Social é contributivo de repartição simples, ou seja, as empresas e os trabalhadores pagam os aposentados de hoje (Tanaka, 2011). A arrecadação de verbas pela Previdência Social brasileira é realizada por meio da contribuição mensal do próprio trabalhador que são descontados percentuais da folha de pagamento, destinados ao INSS, que variam de acordo com o valor do salário do trabalhador. Estes valores deveriam assegurar o recebimento do benefício previdenciário enquanto persistisse a incapacidade para o trabalho.

A denominação atribuída ao trabalhador pelo INSS é beneficiário, tal denominação o coloca em uma posição passiva, uma vez que quem recebe um benefício, recebe uma ajuda; o contribuinte, aquele que contribui, ao contrário, paga para a Previdência, e teria uma condição ativa, que permite exigir seus direitos. Se a Previdência Social é uma espécie de seguro social, os trabalhadores são clientes, e podem assumir tal postura. Por outro lado, a Previdência tem um custo elevado e muitas vezes, parece ser este o critério que predomina na análise de perícias. Estes paradoxos refletem em situações desfavoráveis para o trabalhador, que além de enfrentar problemas de saúde acaba, muitas vezes, não consegue receber o benefício.

No que se refere ao elevado custo da previdência social, os dados estatísticos brasileiros de benefícios concedidos por incapacidade são

representativos, mas antes de analisá-los é importante destacar que as informações fornecidas pelo INSS referem-se a valores monetários e não a dados epidemiológicos. Estes, contabilizam apenas os trabalhadores que contribuem com a Previdência Social, o que corresponde a 50% da população economicamente ativa no país. No que se refere aos dados relativos ao tipo de benefício concedido e às doenças das quais decorrem os benefícios, Maeno (2011) e Seligman (2011) fazem críticas à fidedignidade dos dados reais no que se refere à capacidade para o trabalho, uma vez que o sistema que administra a condição de benefícios do INSS computa apenas um diagnóstico por perícia, ainda que ocorra comorbidade. Ainda que o trabalhador apresente no momento da perícia duas doenças, apenas uma é considerada para efeitos estatísticos do INSS, este fator interfere na veracidade dos dados de doenças que geram afastamentos e conseqüentemente nas ações preventivas e paliativas no âmbito da saúde e das organizações.

Para melhor compreensão dos dados estatísticos apresentados pela Previdência Social no que se refere à incapacidade para o trabalho, faz-se necessário analisar em sua história, como foram sendo construídos os procedimentos de registro e análise dos dados colhidos. Os primeiros indícios de registros envolvendo questões de incapacidade no Brasil tiveram início com censo de 1991. Os critérios de coleta de dados estavam relacionados à deficiência e, a partir destes, estimou-se que um milhão e setecentas mil pessoas, 1,14% da população, apresentavam algum tipo de deficiência (Mello Jorge et al, 2001). Já no censo de 2000 os critérios foram revistos registrando ocorrências relacionadas à incapacidade, o que elevou o número de ocorrências. Os dados demográficos do censo de 2000 mostram que 24.800.256 pessoas relataram ter algum tipo de incapacidade, o que representa 14% da população geral. Considerando a faixa etária, entre 20 e 49 anos, a incapacidade era de 35% e cabe ressaltar que este intervalo de idade representa o período de maior produtividade (Brasil, 2000; Takahashi, Leite, Göeldi, 2010).

A concessão de benefícios por incapacidade temporária no Brasil, de 2000 à 2008, passou de 909.476 para 2.163.063 representando um aumento de 138% (Souza, Santana; 2011). Segundo as estatísticas do INSS no período de 2001 a 2003 foram registrados 1.123.502 acidentes de trabalho que geraram incapacidade para o trabalho, dos quais 926.747 registros de casos de acidentes típicos, 134.749 casos de acidentes de trajeto e 62.006 casos de doenças relacionadas ao trabalho. Considerando apenas o ano de 2007, a Previdência social gastou R\$ 5

bilhões com pagamentos de auxílios. Deste total, contabilizando apenas os benefícios de auxílio doença, 23,38% referem-se a doenças do sistema osteomuscular e tecidos conjuntivos, 11,86% referem-se aos transtornos mentais e de comportamento. O pagamento de auxílio acidentário, destinado a trabalhadores afastados por motivo de doença comprovadamente adquirida em função do emprego ou acidente sofrido durante a jornada de trabalho, no mesmo período equivaleu a 34,72% do total de benefícios concedidos, dos quais, 2,8% referem-se a transtornos mentais e do comportamento (Brasil, 2008).

Ao analisar o aumento dos custos sociais da concessão de benefícios por incapacidade Takahashi (2006) considera que fatores como alta incidência e prevalência dos acidentes de trabalho e doenças ocupacionais e o prolongamento da necessidade do tempo de afastamento por estes agravos reflete pouca eficácia e a precariedade de cobertura dos programas de reabilitação profissional.

2.3 IMPLICAÇÕES DO RETORNO AO TRABALHO

Recuperada a capacidade funcional, ainda de acordo com a Lei nº 8213/91, após liberação do médico perito do INSS cessa a concessão do benefício, o trabalhador retorna as suas atividades laborativas e retoma o pleno exercício no seu vínculo empregatício. O retorno ao trabalho não envolve apenas questões de ordem previdenciária, mas um conjunto de implicações que podem dificultar este processo, o que tem sido objeto, de preocupação e de interesse de pesquisadores que se dedicam a estudar o tema. Os dados encontrados na literatura em geral, demonstram a vasta gama de problemáticas constatadas em procedimentos previdenciários e dificuldades de ordem pessoal apresentadas pelos trabalhadores, ambas envolvidas no processo de retorno ao trabalho. As problemáticas encontradas nos procedimentos adotados, pela Previdência, vão desde a dificuldade de agendamento da perícia médica no INSS, recebimento do benefício, ate ao acesso aos programas de reabilitação. Já nas dificuldades apresentadas pelo trabalhador destacam-se as de ordem individual relacionadas ao contexto social, à condição de saúde física e mental, aos sentimentos vivenciados pelo trabalhador que podem afetar a capacidade e funcionalidade ao retornar as atividades laborativas e a própria reinserção no ambiente de trabalho.

No que se refere à temática do retorno ao trabalho e aos aspectos decorrentes deste processo, é possível identificar na literatura três perspectivas distintas. Alguns autores consideram os prejuízos causados

pelo afastamento do trabalho e partem do pressuposto da centralidade e importância do trabalho na vida pessoal e social das pessoas. Uma outra perspectiva (Dejours,1992; Seligman, 2011) parte do olhar da psicodinâmica do trabalho e, parte do pressuposto que a dinâmica psicológica em interação com o ambiente podem constituir um fator de risco para saúde do trabalhador. Outro entendimento baseado na psicodinâmica do trabalho é apresentado por Borsonello e Santos (2002), que consideram o afastamento como um mecanismo de defesa que busca evitar o ambiente hostil e ameaçador do trabalho, sendo este mecanismo de defesa responsável pela prorrogação ou reincidência de afastamentos, o que impossibilitaria o retorno ao trabalho.

Dalton (2010) realizou um estudo no qual buscou identificar os facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho em trabalhadores com longo período de afastamento do trabalho que frequentavam serviços de saúde. O autor utilizou a Classificação Internacional de Funcionalidade como instrumento de avaliação da condição de saúde dos trabalhadores afastados e verificou que alterações nas funções e nas estruturas do corpo levaram a incapacidades nas atividades de mobilidade, cuidado pessoal, vida doméstica e nas áreas principais de vida, aspectos como educação, trabalho, vida econômica, vida comunitária, social e cívica, se mostraram afetadas devido ao afastamento prolongado dos trabalhadores. Estes elementos são apontados pelo autor, como impeditivos para o retorno ao trabalho uma vez que, contribuem para o agravamento das condições de saúde, interferem na capacidade para o trabalho, e colocam o trabalhador em uma situação de falta de acesso a programas de melhoria, treinamento e capacitação profissional. Estes fatores que interferem na condição de saúde repercutem negativamente na participação do trabalhador, pois afeta a capacidade de manter o emprego atual ou de inserir-se novamente no mercado de trabalho.

No plano individual, o trabalho tem sido, entre outros aspectos, um importante fator de identificação social e bem estar psicológico, fonte de realização e de oportunidade para o indivíduo criar, produzir e contribuir socialmente (Borges, 2006). Considerando a relevância do trabalho, o afastamento, por si só, acarreta em prejuízos, como perda de laços sociais, alteração no reconhecimento e desgaste social provocado pela perda da produtividade, perda da independência econômica, alteração na relação com a família, prejuízos emocionais e, psicológicos (Souza & Koizumi, 2001; Campbell, 1992, Bravo, 2010). O afastamento, segundo Bravo (2010), expõe o trabalhador a três tipos de constrangimentos: Pessoais, dadas as limitações físicas; Psicológicas, decorrentes do trauma sofrido; e Sociais relativas a exclusão. O autor

pontua que estas questões, requerem uma reflexão prática, que possibilite ao trabalhador, compreender os processos psíquicos e sociais estabelecidos nestas relações, de modo a minimizar o dano e o sofrimento. Neste mesmo sentido, Souza (2010) ao fazer referência ao retorno ao trabalho, afirma que este contribui de forma decisiva para a integração social e deveria ser objetivo básico das ações de recuperação, particularmente quando se considera o ônus individual e social causado pelo afastamento.

Os aspectos psicológicos identificados por trabalhadores afastados, em pesquisa realizada por Dalton (2010), foram: Descrédito em si mesmo e na empresa na qual trabalhavam, vivência de desejos contraditórios entre ter saúde para viver sem limitações e o medo de retornar às situações de trabalho que provocaram a doença. Os dados da investigação demonstram a existência de sofrimento físico e psíquico gerados pelas condições e relações de trabalho, pela incapacidade para trabalhar, pela presença de doenças e sequelas. Estas condições podem resultar em aumento da ansiedade, incerteza e dificuldades quanto ao quadro de saúde futuro e a perspectiva de vida.

Ao tratar de fatores impeditivos do retorno ao trabalho, Souza & Koizumi (2006); ressaltam que fatores de personalidade, qualidade da reabilitação profissional e a falta de incentivo financeiro advindos do trabalho podem estimular o prolongamento do período de afastamento, uma vez que, este implica no recebimento de benefícios devido à incapacidade. Segundo estes autores, o recebimento de benefícios, a título de auxílio doença ou acidente, estimula a própria condição de incapacidade. Sob a perspectiva da psicodinâmica do trabalho, Borsonello e Santos (2002) afirmam que ao perceber o ambiente de trabalho desfavorável, o trabalhador tende a desencadear sintomas orgânicos como um mecanismo de defesa, estes sintomas geram o afastamento que reflete os problemas presentes na organização de trabalho. Assim, o trabalhador afastado, ao perceber os riscos inerentes ao seu trabalho, ou em seu ambiente de trabalho enfrentaria o medo e a impotência, e continuaria a desenvolver sintomas, que levaria a um novo afastamento ou o manteriam afastado.

Os gastos com problemas de saúde gerados no próprio ambiente de trabalho; nos anos de 2010, 2011 e 2012, cresceu acima das despesas com afastamentos previdenciários gerais. O pagamento de benefícios previdenciários, pagos pelo INSS; com doenças adquiridas e acidentes relacionados ao ambiente de trabalho, registrou aumento de R\$ 7,5% na média anual entre 2008 e 2011, cujos gastos passaram de R\$ 13,47 bilhões para R\$ 13,69 bilhões de janeiro a novembro de 2012. Os gastos

com benefícios pagos a título de auxílio doença e acidentário, passaram de R\$ 1,51 bilhão em 2011 para R\$ 2,11 bilhões em 2011, representando um crescimento médio anual de 12%; já os valores contabilizados de janeiro a novembro de 2012 eram de R\$ 2,02 bilhões (RENAST, 2013). Considerando apenas o mês de dezembro de 2012, a quantidade de benefícios emitidos para pagamento chegou a 30,1 milhões, o que representa aumento de 3,5%, mais de 1,0 milhão de benefícios concedidos, quando comparado a dezembro de 2011 (INSS, 2013). Os casos de aposentadoria por invalidez, destinados a profissionais que não poderão voltar a exercer atividades laborativas e que foram pagos, pelo INSS, de janeiro a novembro de 2012, foi de R\$ 30,86 bilhões (RENAST, 2013). Ao relacionar a capacidade com invalidez, Martinez et al (2010) afirma que a capacidade para o trabalho representa um valor preditivo para aposentadoria por invalidez.

Embora os gastos com problemas de saúde gerados no próprio ambiente de trabalho tenham apresentado crescimento a cima das despesas com afastamentos previdenciários gerais, conforme citado anteriormente, alguns autores discordam do posicionamento de Borsonello e Santos (2002) apresentados anteriormente, no que se refere a contribuição do ambiente de trabalho em afastamentos. Dados divergentes foram identificados por Gravina e Rocha (2006), Dalton (2010) e Seligman-Silva (2011) que mostram fatores impeditivos para que o trabalhador afaste-se do trabalho ainda que com condições de adoecimento. Gravina e Rocha (2006) ressaltam que embora, tenha se identificado presença de dor em trabalhadores que retornaram às atividades laborais, os mesmos não expressam o sentimento de dor, embora apresentem sofrimento emocional e psicológico por não estarem em condições de saúde para retornar ao trabalho. Os autores atribuem este evento a falta de reconhecimento social em relação ao trabalhador adoecido, uma vez que a dor é sentida e vivenciada apenas por ele e não implica em uma aparência física que caracterize um quadro de adoecimento.

Um dos dados encontrados no estudo de Dalton (2010) foi que devido ao medo de perder o emprego ou pela dificuldade de acesso a tratamento adequado, trabalhadores adoecidos procuram tratamento tardiamente, o que conduz ao agravamento, cronificação e afastamento do trabalho. Sob o mesmo aspecto, Seligman-Silva (2011) ressalta que pessoas ainda que adoecidas, continuam trabalhando sem manifestar queixas e sem procurar tratamento; ao passo que o quadro clínico se cronifica o desgaste físico e psicológico atinge o desempenho do trabalhador. Este quadro é analisado, por Seligman-Silva (2011) sob a

perspectiva da psicodinâmica do trabalho; a autora compreende que os desgastes psicológicos oriundos da condição de saúde do trabalhador, são fatores de risco para ocorrência de acidentes e afastamento do trabalho. Os fatores de risco, por seu lado, desencadeiam repercussões psicológicas negativas, geram sofrimento e, ocasionam transtornos mentais, dada a vulnerabilidade psicológica.

Chamam a atenção também, as informações à concessão de benefícios acidentários, o elevado número de registros de transtornos mentais associados ao trabalho e, conseqüentemente, o aumento das despesas de benefícios acidentários (Dataprev, 2007). Os benefícios concedidos a trabalhadores por depressão ou transtornos depressivos recorrentes cresceram em média 5% nos últimos cinco anos, superando 82 mil ocorrências anuais. Segundo dados apresentados pelo Dataprev (2007) que buscou caracterizar a representatividade das doenças que resultaram em sequelas com limitações funcionais. Dentre 653.090 casos distribuídos por 50 CIDs destaca-se como primeira causa de afastamento do trabalho as sequelas de acidentes de trabalho, dos grupos S e T da Classificação Internacional de Doenças CID-10. O Grupo S refere-se a lesões, envenenamento e outras conseqüências de causas externas e o grupo T abrange lesões, envenenamento e outras conseqüências de causa externas. Como segundo lugar, aparecem os grupos G com as doenças do sistema nervoso e do grupo M doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo, que estão relacionadas as LER/DORT. Os transtornos psíquicos relacionados ao trabalho aparecem de forma significativa, bem como outras patologias do grupo F que abrange os transtornos mentais e comportamentais da CID-10 (Takahashi, Leite & Göeldi, 2010).

O término do período de afastamento, segundo Souza e Faiman (2007), gera dúvidas relacionadas ao processo de retorno ao trabalho, ao restabelecimento no trabalho e capacidade de realizar as atividades pertinentes a sua função e, pode gerar ansiedade e agravamento das condições de saúde. Os autores destacam ainda que o retorno ao trabalho é uma experiência rica de significados pessoais, uma vez que novas questões se conjugam à vivência do afastamento, do adoecimento e das atividades laborativas, conferindo-lhes novos sentidos. O sentido atribuído à capacidade de retorno ao trabalho será, então, abordado na seqüência.

2.4 CAPACIDADE PARA O TRABALHO

Impulsionada pelas transformações ocorridas no mundo do trabalho, necessidade de adaptação das pessoas aos novos modelos de trabalho, envelhecimento da população e condições de saúde decorrentes deste processo, pesquisas de várias áreas do conhecimento, tem abordado a capacidade para o trabalho como objeto de estudo. A capacidade para o trabalho tem sido objeto de estudo em Psicologia, Enfermagem, Saúde Ocupacional e Engenharia de Produção, o que possibilita a compreensão multidimensional do fenômeno e os principais fatores identificados como agentes de modificação na capacidade. Na literatura, podem ser identificadas duas linhas principais de pesquisas, a primeira que tem preocupação em avaliar a capacidade para o trabalho e envelhecimento, com predomínio em números de pesquisas; e uma linha preocupada em pesquisar a capacidade e condições de saúde e demanda de trabalho.

A capacidade para o trabalho enquanto objeto de estudo científico não tem um conceito único, dada a diversidade de enfoques, abordagens e ênfases que caracterizam os estudos que tratam deste objeto. Na ciência, a diversidade de significados se revela por meio das diversas perspectivas conceituais e tentativas de conceituar este fenômeno que apresenta uma multiplicidade de fatores envolvidos. Embora não exista um único conceito de capacidade para o trabalho, é possível verificar que há certo consenso quando se trata dos fatores envolvidos. Vários autores (Tuomi, 1997; Cardoso, 2012, Ferreira, 2000, Ilmarinen, 2005, Martinez, 2010) afirmam que a capacidade para o trabalho se trata de um fenômeno complexo, que compreende a capacidade física, psicológica e social do trabalhador. Ainda que exista certo consenso a respeito dos fatores envolvidos na capacidade para o trabalho, as abordagens destes fatores diferem: alguns autores abordam a capacidade para o trabalho na relação entre homem e demanda do trabalho, outros abordam a capacidade em relação ao bem estar ou aos aspectos da cultura empresarial.

Em um sentido mais amplo, Ferreira (2000) sugere que o conceito de capacidade para o trabalho pode ser compreendido a partir da junção dos significados das palavras “capacidade” e “Trabalho”. A palavra “capacidade” é a qualidade que o indivíduo tem de satisfazer determinado fim, enquanto que “trabalho” refere-se a uma atividade coordenada de caráter físico ou intelectual necessária para a realização de uma tarefa. Neste sentido, a capacidade para o trabalho pode ser

compreendida como a qualidade física, intelectual ou psicológica em que o trabalho é realizado.

A OMS (1993) considera que o conceito de capacidade para o trabalho engloba todas as capacidades necessárias à execução de um determinado trabalho, sendo sinônimo da expressão de aptidão para o trabalho. Partindo deste conceito, alguns autores (Ilmarinen, 2005; Martinez; Latorre; Fischer; 2009; Queiroz, 2012) complementam ao considerar que o conceito de capacidade para o trabalho é resultante das relações que se estabelecem entre os recursos pessoais e as demandas físicas, intelectuais e do ambiente de trabalho, incluindo a cultura organizacional e o próprio ambiente de trabalho. Tomando por base a compreensão da capacidade para o trabalho como princípio do bem estar, Tuomi (2005) apresenta um conceito que engloba a combinação entre as demandas físicas, intelectuais e sociais envolvidas no trabalho, gerenciamento da cultura organizacional, ambiente e recursos pessoais do trabalhador para executar as atividades decorrentes do meio. Segundo Tuomi (2005) a capacidade para o trabalho refere-se ao quão bem está ou estará, o trabalhador no presente ou no futuro próximo, e quão capaz está de executar seu trabalho em função das exigências de sua saúde e de sua capacidade física e intelectual.

A capacidade para o trabalho é resultante de um processo dinâmico, entre os recursos do indivíduo em relação ao seu trabalho, que é influenciada por vários fatores que interagem de maneira complexa entre si (OMS, 1993; Tuomi *et al.*, 1997; Ilmarinen, 2006; Pohjonen, 1999, Costa, 2009). Assim, a capacidade para o trabalho depende do equilíbrio entre as características específicas do trabalhador, seus recursos e as exigências do trabalho (Tuomi *et al.*, 1997).

Considerando os aspectos psicossociais envolvidos na capacidade para o trabalho e partindo do pressuposto de que a percepção do trabalhador em relação a sua capacidade para o trabalho é um fator importante, Ilmarinen e Tuomi (1993) ressaltam que a capacidade para o trabalho pode ser definida como a auto-avaliação que o trabalhador faz do seu bem estar, no presente e no futuro próximo, e da sua capacidade em assegurar a realização de seu trabalho, levando em conta as exigências do mesmo, a sua saúde e os recursos psicológicos disponíveis para lidar com situações. Pode-se, então, definir a capacidade para o trabalho, de acordo com Tuomi (1997) como em que medida o trabalhador se sente capaz de trabalhar, tomando por base as exigências do trabalho, saúde e recursos psicológicos.

O próprio trabalhador tem um conceito sobre sua capacidade para o trabalho, e este conceito, pode auxiliar em um prognóstico confiável

das mudanças ocorridas na capacidade durante a vida laboral em diferentes grupos profissionais (Martins, 2012). Dada a natureza multidimensional da capacidade para o trabalho Cotrim (2008) ressalta que não é possível medir a capacidade para o trabalho objetivamente apenas com uso de instrumentos. Neste sentido a percepção de cada trabalhador a respeito de sua própria capacidade é tão importante quanto qualquer outro tipo de avaliação que possa se utilizar de modo associado, embora ela não determine e não tenha relação formal com a avaliação medica pericial que atesta o afastamento ou não do trabalho.

2.4.1 Determinantes da Capacidade Para o Trabalho

Estudos na literatura têm apontado vários fatores como determinantes da capacidade para o trabalho, dentre eles encontram-se aspectos sócio demográficos (Idade, Sexo, Condições Socioeconômicas), estilo de vida (Atividade Física, Consumo de Álcool, Tabagismo), saúde (Presença ou ausência de Doenças, Obesidade), Aspectos Psicológicos (Autopercepção, Estresse, Satisfação com Trabalho, Desgaste Emocional) Trabalho (Esforço Físico, Tempo de Emprego, Estabilidade no Emprego, Condições Organizacionais, Condições do Trabalho) e Educação (Competência) que serão apresentados a seguir:

Aspectos Sócios Demográficos: **Idade:** A partir dos quarenta e cinco anos de idade há uma tendência para o aparecimento ou agravamento de doenças, o que pode contribuir para diminuição da capacidade física e mental (Ilmarinen, 1981; Tuomi, 1989; Costa, 2009; Martinez, Latorre & Fischer, 2010). A capacidade física e mental pode ser afetada pelo próprio envelhecimento e resulta em diminuição de desempenho, memória, percepção e processamento de informações (Ilmarinen, 1981; Tuomi, 1981). **Sexo:** Estudos (Tuomi K, 2001 , Walsh 2004; Queiroz, 2012) consideram que o sexo feminino apresenta um grau maior de risco de perda da capacidade quando comparado ao sexo masculino, uma vez que as mulheres geralmente dispõem de piores condições de trabalho, de salário e da dupla jornada. Uma pesquisa que buscou avaliar a capacidade para o trabalho em um hospital, por Bellusci et al. (1999), apontou que o sexo feminino apresentou 1,9 vezes mais chances da perda precoce de capacidade para o trabalho, quando comparado com sexo masculino.

Condições Socioeconômicas: São determinantes na capacidade para o trabalho, mas os padrões associados são complexos, pois são influenciados por fatores relacionados com a condições de saúde,

hábitos e trabalho (Tuomi 1991; Aittomäki 2003, Walsh et al., 2004; Quiroz, 2012).

Estilos de vida: Tabagismo: Segundo a OMS o tabagismo é um fator de risco para o desenvolvimento de doenças, o que pode resultar na diminuição da capacidade para o trabalho. ***Consumo de Álcool:*** Pode comprometer a saúde promovendo efeitos negativos sobre a capacidade para o trabalho (Martinez, Latorre, Fischer, 2010).

Atividade Física: A atividade física tem uma forte associação com a capacidade para o trabalho (Seitsamo & Ilmarinen, 1997) uma vez que torna o indivíduo mais disposto e atua na prevenção de doenças. Ao pesquisar as mudanças ocorridas na capacidade para o trabalho, Tuomi *et al.* (1997) apontam que a prática de atividades físicas está relacionada à melhoria da capacidade para o trabalho enquanto que a diminuição da capacidade está relacionada com o sedentarismo. Uma pesquisa longitudinal desenvolvida com trabalhadores municipais na Finlândia por Seitsamo & Ilmarinen (1997) corroboram com os resultados anteriores; a pesquisa conclui que há uma forte associação entre estilo de vida, saúde e capacidade para o trabalho. Os autores verificaram que os indivíduos que se mantiveram mais ativos e realizavam atividades físicas apresentaram uma boa capacidade para o trabalho e assim se mantiveram durante o período estudado.

Saúde: Presença ou ausência de Doenças: A presença ou ausência de doenças é considerada um dos principais fatores que podem impactar na capacidade para o trabalho (Tuomi, 2001, Sjögren-Rönkä 2002, Ilmarinen 1997, Nygård, 1991). ***Obesidade:*** Considerada um fator de risco, que impacta na capacidade para o trabalho, uma vez que afeta o funcionamento muscular e o sistema cardiorrespiratório e favorece o aumento de doenças crônicas (Martinez, Latorre & Fischer, 2010).

Aspectos Psicológicos: Autopercepção: A autopercepção do estado de saúde está correlacionada com a capacidade para o trabalho segundo Eskelinen (1991). ***Estresse:*** O estresse decorrente do ambiente psicossocial do trabalho apresenta efeitos relevantes sobre a capacidade para o trabalho (Tuomi 1997, Sjögren-Rönkä 2002, Ilmarinen, 2005).

Satisfação com Trabalho: Trabalhadores que apresentam maior satisfação com o trabalho tendem a manter uma melhor capacidade para o trabalho (Seitsamo & Ilmarinen, 1997). A satisfação no trabalho e a capacidade para o trabalho constituem fatores essenciais para os trabalhadores, ao atribuir significado positivo ao trabalho há uma maior probabilidade do trabalhador adotar estratégias de enfrentamento positivas frente dificuldades (Dejours, 1987; Seligmann-Silva, 1995, Marqueze e Moreno, 2009). Em uma pesquisa que buscou verificar a

correlação entre satisfação no trabalho e capacidade para o trabalho de docentes universitários, Marqueze e Moreno (2009) concluíram que os fatores associados com a satisfação no trabalho são conteúdo do trabalho, relacionamento com outras pessoas e grau de motivação para o trabalho, enquanto que os aspectos de maior insatisfação foram volume de trabalho e grau em que a instituição permite que as potencialidades sejam desenvolvidas.

Desgaste Emocional: O desgaste emocional pode desencadear respostas fisiológicas, psicológicas e comportamentais, que podem contribuir para a diminuição da capacidade para o trabalho e o desencadeamento de doenças (Ilmarinen 1991, Tuomi 1992, Martinez, Latorre, Fischer, 2010). O desgaste decorrente das exigências do trabalho pode desencadear respostas fisiológicas, psicológicas e comportamentais que contribuem para diminuição da capacidade funcional e o desenvolvimento de doenças (Costa, 2009).

Trabalho: Esforço Físico: Atividades laborais que exigem predominantemente esforço físico são consideradas fatores de risco sobre a capacidade para o trabalho. Em virtude das exigências físicas do trabalho, o esforço físico resulta em desgaste e comprometimento da saúde (Martinez, Latorre, Fischer, 2010). Atividades que exigem movimentos repetitivos contribuem para diminuição da capacidade para o trabalho (Tuomi *et al.* 1997).

Tempo de Emprego: A capacidade para o trabalho está correlacionada com o tempo de emprego. Quanto maior o tempo de exposição às exigências do trabalho maior a probabilidade de ocorrer o envelhecimento funcional (Tuomi, 1991) e conseqüentemente a diminuição da capacidade para o trabalho.

Estabilidade no Emprego: Pesquisas mostram indícios de que percepção de estabilidade ou instabilidade no emprego pode estar relacionada com a capacidade para o trabalho (Nielsen, 2005; Marqueze e Moreno, 2009). Buscando avaliar dados de trabalhadores dinamarqueses, Nielsen (2205) identificou que trabalhadores com comprometimento da capacidade para o trabalho apresentaram 1,4 vezes de chance de ter uma percepção negativa quanto a sua empregabilidade futura quando comparados com trabalhadores que apresentavam capacidade para o trabalho preservada. Neste mesmo sentido, os estudos de Marqueze e Moreno (2009) buscaram verificar a correlação entre satisfação com o trabalho e capacidade para o trabalho e verificam, que o grau de segurança percebido pelo trabalhador em relação ao seu emprego é um dos fatores associados à insatisfação com trabalho, que

também é apontado na literatura como fator que impacta sobre a capacidade para o trabalho.

Condições Organizacionais: Fatores da organização e de sua cultura ou do modo de gestão podem contribuir para o aumento da carga mental de modo a impactar negativamente na capacidade para o trabalho. Dentre os fatores que podem impactar na diminuição da capacidade para o trabalho estão: Restrição de conhecimento do trabalhador, limitação no desenvolvimento profissional, falta de reconhecimento, pressão de tempo, conflitos de papeis e conflito com chefias (Tuomi 2001, Aittomäki 2003, Tuomi 1991, Ilmarinen 2005, Lindberg 2006, Martinez, Latorre, Fischer, 2010) e condições inadequadas do ambiente de trabalho (Tuomi *et al.* 1997). Resultados encontrados na pesquisa de Tuomi *et al.* (1997) indicam que a diminuição da capacidade para o trabalho está relacionada com falta de reconhecimento do trabalhador, enquanto que a melhoria da capacidade está relacionada com boas relações estabelecidas com chefias.

Condições do Trabalho: As condições do trabalho que podem impactar sobre a capacidade para o trabalho estão relacionadas ao nível de responsabilidade, jornada em turnos, volume e conteúdo do trabalho (Tuomi *et al.* 1997; Tuomi 2001, Aittomäki 2003, Tuomi 1991, Ilmarinen 2005, Lindberg 2006).

Educação: Competência: A competência é compreendida como a mobilização do conjunto de atitudes, habilidades e conhecimentos que o trabalhador dispõe para executar seu trabalho; assim a capacidade para o trabalho pode ser promovida por meio da estimulação das competências, em especial, de atividades que demandam habilidades cognitivas e psicológicas (Tuomi 1992; Martinez, Latorre, & Fischer, 2010).

A capacidade para o trabalho não permanece satisfatória ao longo da vida, uma vez que é afetada por vários fatores, entretanto condições de trabalho e de vida, quando saudáveis, podem mudar este prognóstico. Ao pesquisar as mudanças ocorridas na capacidade para o trabalho Tuomi *et al.* (1997) encontraram resultados que mostram que a melhoria da capacidade está relacionada com diminuição de movimentos repetitivos, aumento de atividades físicas e melhorias nas relações estabelecidas entre chefias, enquanto que a diminuição da capacidade está relacionada com falta de reconhecimento, condições inadequadas do ambiente, tempo prolongado de trabalho e vida sedentária. Cardoso (2012) relaciona a manutenção da capacidade para o trabalho ao longo do tempo com as condições de saúde e com o contexto organizacional. Segundo o autor, o suporte na relação entre saúde e contexto organizacional se dá pelo bom funcionamento das condições de vida e

pela qualidade de vida que contribuem para a diminuição do abandono do emprego, principalmente em idade mais avançada.

Ao pesquisar sobre o envelhecimento e condições de trabalho Bellusci (1998) observou que as variáveis de sexo, tempo de serviço e idade apresentaram associação significativa com perda da capacidade para o trabalho. Os resultados apontam que o sexo feminino apresenta 2,1 vezes mais chances de apresentar menores índices de capacidade para o trabalho, quando comparado ao sexo masculino. Quanto maior o tempo de serviço maior a probabilidade de apresentar menores índices de capacidade para o trabalho. A faixa etária entre 40 e 45 anos de idade apresentou maior probabilidade em apresentar menor índice de capacidade para o trabalho.

Em uma pesquisa realizada em Coimbra, que buscou avaliar a capacidade para o trabalho de enfermeiros que trabalhavam em turno, Costa (2009) enfatiza que o perfil demográfico do país aponta pra o aumento da população idosa e aliado a este processo, o quadro sócio-político tem contribuído para o estabelecimento de piores condições de trabalho e aumento da jornada, o que contribui para a perda ou redução da capacidade funcional. Monteiro (1999), ao pesquisar o envelhecimento e a capacidade para o trabalho, contesta que a ideia de que a idade é um fator negativo sobre a capacidade. Os resultados de sua pesquisa mostram que o melhor índice de capacidade para o trabalho de trabalhadores com mais idade está relacionado à menor incidência de doenças que causam impedimento do trabalho, enquanto que o principal fator que gera efeito negativo na capacidade para o trabalho, está relacionado à existência de doença e não a faixa etária. Na medida em que o processo de envelhecimento biológico ocorre, torna-se necessário adequar as exigências do trabalho às condições de saúde do trabalhador (Tuomi *et al.*, 1997; Fischer 2055) a fim de manter a capacidade para o trabalho. No mesmo sentido, Ilmarinen (2005) e Fischer (2005) ressaltam que o principal problema do envelhecimento é o desequilíbrio entre a capacidade funcional e as exigências do trabalho. Verifica-se, então, que há poucos estudos que abordam a questão e que eles podem chegar a respostas diversificadas.

Ao analisar os fatores que interferem na percepção de fadiga e capacidade para o trabalho de trabalhadores que laboram em turnos fixos diurnos e noturnos, Metzner & Fischer (2001) verificaram que a percepção de capacidade para o trabalho e a fadiga de trabalhadores estão relacionadas a características pessoais, estilo de vida e turno de trabalho. Ao pesquisar a relação entre as características de administração participativa e saúde dos trabalhadores, Monteiro e Gomes (1998)

encontraram relação entre a percepção e o significado que é atribuído ao trabalho. Como efeitos positivos foram encontrados a vivência no trabalho, melhora na qualidade de vida, bom relacionamento com pares e chefias, e sentimentos de solidariedade e confiança. Como fatores que exercem influências negativas sobre os trabalhadores apontam o ritmo de trabalho que interfere negativamente sobre a saúde do trabalhador podendo afetar a capacidade para o trabalho.

A adequação entre a capacidade para o trabalho e as exigências deste exerce influência na produtividade e sugere que este fator pode causar estresse, mal estar, doenças e incapacidades que estariam ligadas a profissão (Costa, 2009). O trabalho, segundo Codo (1999) tem um papel importante na estruturação da vida do indivíduo e deflagração de prazer e sofrimento, assim, os problemas resultantes de sofrimento psíquico nas organizações, são responsáveis por afastamentos do trabalho. Neste mesmo sentido, Tuomi et al (2007) ressalta que a capacidade para o trabalho tem valor preditivo para invalidez e aposentadorias. Segundo Martinez et. al (2010) estudos desenvolvidos na Finlândia mostram que entre os trabalhadores que apresentavam baixos índice de capacidade para o trabalho, 62, 2% estavam afastados por invalidez e 11,6% tinham ido a óbito.

2.5 FUNCIONALIDADE

O conceito de funcionalidade, de uma forma geral, apresenta uma proximidade com conceitos de saúde, capacidade e incapacidade, sem a existência de uma definição única, dadas as diferenças epistemológicas e metodológicas que embasam os conceitos em distintas perspectivas. Assim como ocorre com os conceitos de saúde, capacidade e incapacidade, discutidos anteriormente, as teorias em relação à funcionalidade apresentam-se sob a perspectiva médica e social. O modelo biomédico parte de uma concepção naturalística da incapacidade, tem como objeto o corpo e suas disfunções, e a incapacidade é entendida como consequência biológica do mau funcionamento do organismo (Sampaio & Luz, 2009). Em se tratando do modelo social, a incapacidade é um produto do contexto social, resultado de uma desorganização social que se reflete na redução de oportunidades sociais (Barnes, 2003; Imrie, 2004, Sampaio & Luz, 2009).

A Organização Mundial de Saúde, por meio da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) propõe um modelo que se apresenta como diretriz para saúde e incapacidade. Este

está baseado na integração entre os dois modelos citados, por meio da avaliação biopsicossocial do indivíduo, que visa fornecer a síntese de uma visão coerente dos diversos modelos e perspectivas da saúde (CIF, 2004). Neste modelo, a funcionalidade e a incapacidade são concebidas como uma interação dinâmica entre as condições de saúde que englobam a doença, o trauma, lesões e distúrbios e os fatores contextuais, que incluem fatores pessoais e ambientais (Sampaio & Luz, 2009).

A CIF é utilizada para descrever o processo de funcionalidade e incapacidade, por meio dos diferentes constructos e domínios. A CIF pode ser entendida como uma linguagem, por meio da qual é possível compreender a interação dos vários componentes que compõem a funcionalidade, a incapacidade e a saúde. Assim, a funcionalidade e incapacidade e saúde são avaliados por meio da interação entre os componentes: Condição de Saúde (perturbação ou doença) Funções e Estruturas do corpo, atividade e participação. Desta forma, a funcionalidade de um indivíduo é avaliada quanto a domínios; a funcionalidade em um domínio específico é dada pela relação e interação complexa entre a condição de saúde e os fatores contextuais que correspondem aos fatores ambientais e pessoais. Os fatores ambientais podem exercer impacto sobre todos os componentes da funcionalidade tanto no ambiente imediato quanto no ambiente geral, enquanto que os fatores pessoais contemplam as variações sociais e culturais, embora esta última não esteja classificada devido a grande possibilidade de variações (CIF, 2004) Os componentes podem ser melhor compreendidos na figura abaixo.

Figura 1 – Interação entre os componentes da CIF
Condição de saúde
(transtorno ou doença)

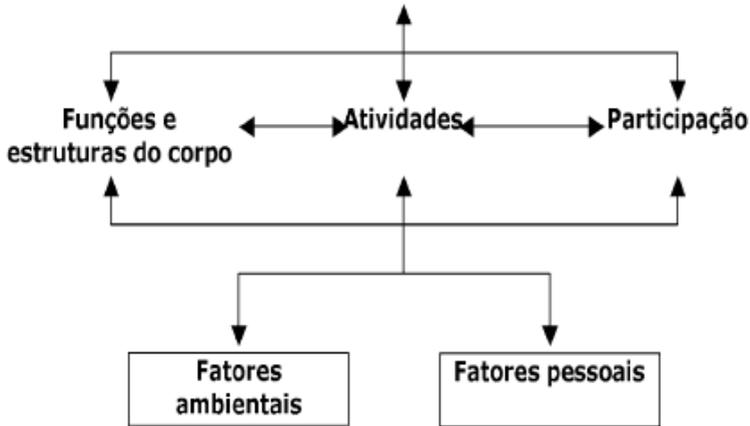


Figura 1 - Interação entre os componentes da CIF. Adaptação: OMS (2003) .
Figure 1 – Interaction between the components of ICF. Adapted from WHO (2003).

Uma das contribuições da CIF, segundo Bravo (2010), se refere ao reconhecimento do papel do meio ambiente no estado funcional dos indivíduos, o qual pode agir como barreira ou facilitadora no desempenho de atividades e na participação social. Esta compreensão, segundo o autor, possibilitou a mudança do olhar do problema da natureza biológica individual da redução ou perda de uma função e/ou estrutura do corpo para a interação entre a disfunção apresentada e o contexto ambiental no qual estão inseridas. Assim, as limitações de atividade, podem ser compreendidas como as dificuldades que o indivíduo pode ter para executar uma atividade enquanto que as restrições à participação social podem ser compreendidas por meio dos problemas que o indivíduo pode enfrentar em situações da vida (Bravo 2010).

O modelo fornecido pela OMS para descrever a experiência da saúde em sua totalidade é composto por partes, por meio das quais seria possível compreender o todo (Rosen, 1991; Garnett, 1997; Capra, 2006, Sampaio e Luz, 2009). Sampaio e Luz (2009) chamam atenção para a importância de considerar a funcionalidade humana em sua totalidade, analisando as possíveis relações e interpelações entre seus componentes

que resultam em incapacidade. A incapacidade não pode ser completamente explicada pela deficiência, uma vez que envolve fatores como a satisfação do indivíduo com seu desempenho e estratégias de enfrentamento utilizadas para lidar com sua condição de saúde, os quais podem interferir na funcionalidade (Sampaio, Mancini, Martins, Figueiredo, Alves, 2006).

A CIF, assim como outros métodos, também recebe algumas críticas que se tornam relevantes ressaltar. Um crítica importante, refere-se ao conceito de funcionalidade, o qual é expresso por meio de componentes e das de possíveis interações entre eles, mas que não dispõe de um conceito específico que o defina sem deixar dúvidas. Outra crítica importante, é que a CIF não detalha o processo e procedimento proposto por ela para a integração das abordagens de modo a oferecer uma avaliação biopsicossocial que integram a funcionalidade (Sampaio e Luz, 2009).

2.6 REINserÇÃO NO AMBIENTE DE TRABALHO

Enquanto que o processo de retorno ao trabalho, daquele que se afastou por incapacidade, é amplo, e envolve políticas públicas, empresas e questões sociais, a reinserção no ambiente de trabalho refere-se, especificamente, ao retorno do trabalhador às atividades laborativas na empresa. Neste contexto, a readaptação refere-se à adequação pessoal do trabalhador às condições impostas durante a reinserção no trabalho.

Ao retornar às atividades laborais o trabalhador se depara com dificuldades que envolvem questões pessoais, sociais e organizacionais, as quais demandam uma dada capacidade de adaptação, o que pode contribuir para que danos psicológicos e sofrimento sejam desencadeados. Os danos psicológicos e o sofrimento vivenciados durante a reinserção no ambiente de trabalho estão relacionados (Sato,1993; Takahashi e Canesqui, 2003; Seligman, 2011; Carlotto, 2012) à reconstrução da identidade pessoal e profissional dadas as perdas e limitações físicas. Entre os fatores que dificultam a readaptação ao novo trabalho imposto ao trabalhador, Carlotto (2012) enfatiza que este demanda a necessidade da reconstrução da própria identidade profissional. A partir do momento que retorna à empresa, o trabalhador se depara com a necessidade de exercer uma nova função com a qual não se identifica, a reorganização de horários, a formação de vínculo com colegas novos, a acomodação por ficar muito tempo em casa, o medo do retorno após o período de tempo de afastamento, os preconceitos e aceitação dos limites impostos em função da doença ou

acidente no trabalho, aspectos que requerem a reconstrução da identidade pessoal e profissional.

Neste mesmo sentido, Sato (1993) enfatiza que após uma doença, o trabalhador sente a necessidade de reconstruir sua própria identidade, uma vez que esta se torna afetada pela impossibilidade de realizar atividades e pelo fato de não ter consciência de suas possibilidades e limites. A reconstrução da identidade implicaria, assim, na busca por um novo sentido para a vida, por meio da readaptação à atividade laborativa, ou na busca de uma nova forma de trabalho possível (Sato, 1993; Cestari & Carlotto, 2012). Ao retornar ao trabalho, o trabalhador, precisa reconquistar seu espaço, adaptar-se ao ambiente de trabalho que sofreu alterações durante o período de afastamento, e à própria condição de saúde, portanto, na medida em que reconquista seu espaço e retoma ao projeto profissional interrompido com o afastamento, o trabalhador passa a reconstruir sua própria identidade (Carlotto, 2012).

As decorrências psicológicas advindas de perdas anatômicas e funcionais, provocadas ou desencadeadas, por uma doença ou acidente de trabalho, demandam a necessidade de reaprender a realizar atividades na vida diária e no trabalho dada a limitação e redução do desempenho. A reconstrução da identidade pessoal e profissional implica em um processo circunscrito por sofrimento, uma vez que, ocorrem mudanças na maneira pela qual a pessoa reconhece a si mesma e como se relaciona no âmbito social. No que se refere à identidade pessoal e profissional em trabalhadores adoecidos, Takahashi e Canesqui (2003) salientam que o adoecimento do trabalhador provoca a destruição de projetos de vida, o que representa uma perda significativa da identidade pessoal e profissional.

Em um estudo que buscou analisar o retorno ao trabalho por trabalhadores acometidos por Lesão por Esforço Repetitivo (Ler), Gravina (2006) concluiu que o relacionamento interpessoal pode apresentar-se tanto como fator que dificulta como fator que facilita o processo de readaptação ao trabalho. A autora considera o relacionamento interpessoal como uma barreira à readaptação ao trabalho, quando há discriminação, pressão dos colegas e chefia; e considera um fator facilitador quando a equipe ou colegas de trabalho motivam o processo de reinserção e readaptação. Seligman (2011) coloca que a atribuição de culpa ao próprio acidentado fortalece o preconceito e a rejeição que é manifestada quando retorna ao trabalho.

Ao analisar a condição de retorno ao trabalho, Dalton (2010) assegura que este momento pode provocar sentimentos de frustração, penalização pelo adoecimento e um processo de exclusão tardia. Estes

fatores contribuem para o desenvolvimento de dificuldades em viver novas experiências, resistência para enfrentar as adversidades e as exigências do trabalho, denominadas barreiras. Não é possível, segundo (Seligman, 2011), isolar os traumatismos e o adoecimento, que se tornam mais visíveis, uma vez que o corpo é afetado; gera-se sofrimento e adoecimento psicológico que se manifestam e acometem muitos trabalhadores com doenças profissionais e relacionadas ao trabalho.

Os constrangimentos pelos quais os trabalhadores passam ao retornarem ao trabalho (Bravo, 2010) são agravados por mudanças ocorridas no próprio ambiente de trabalho, nos processos de produção ou na organização. Neste sentido, as divergências entre as expectativas do trabalhador e a nova realidade do ambiente de trabalho deverá ser tanto maior quanto for o tempo de afastamento. Ao comparar o processo de reinserção do trabalhador reabilitado e um trabalhador novato, Bravo (2010) ressalta que o trabalhador a ser reinserido em seu contexto de trabalho após retornar de um afastamento apresenta maiores dificuldades, uma vez que traz consigo reflexos negativos de situações anteriores que determinaram seu afastamento além das consequências de redução, temporária ou permanente, de sua capacidade laboral.

Frente a estas questões, as ações de reinserção deveriam considerar formas de diminuir estas problemáticas. No que se refere ao processo de reinserção do trabalhador acometido por LER em seu contexto de trabalho, Gravina (2006) aponta como dificuldades aquelas relativas à presença constante da dor, incapacidades adquiridas e preconceito com relação à doença; e entre situações de trabalho que desfavoreceram o retorno estão as metas irrealistas, pressão para desempenho, tarefas inadequadas frente às sequelas da doença, impossibilidade de realização de pausas e obrigatoriedade no cumprimento de horas extras. No mesmo sentido, Cestari & Carlotto (2012) identificam que entre as dificuldades envolvidas na reinserção ao trabalho, o trabalhador passa por um processo de dupla adaptação frente às demandas do ambiente e da sua própria condição.

Ao analisar a reinserção do trabalhador no ambiente de trabalho, Seligman (2011) atribui papel determinante aos aspectos como a precarização e fragilização dos vínculos contratuais de trabalho, uma vez que estes provocam tensão emocional, vivências de insegurança no emprego, intensificação do trabalho, aumento da rotatividade interna, insuficiência de pausas e repousos, competição excessiva, que levam a fragilização de laços de companheirismo e prejudicam a cooperação e a comunicação, aumentando os riscos uma vez que há uma desestabilização psicológica.

A pressão para a alta produção é apontada também, por Gravina (2006) como um dos fatores que dificultam o retorno ao trabalho, uma vez que a presença de características dolorosas, dificuldades no estabelecimento e reconhecimento das limitações físicas, metas inatingíveis, atividades inadequadas, pressão para produção e ausência de pausas interjornadas estão presentes no âmbito do trabalho. Dalton (2010) demonstra que as maiorias dos trabalhadores por ele pesquisados exerciam atividades que exigiam esforço físico elevado, repetição de movimentos, manutenção de posturas antinaturais e ritmo intenso/ acelerado com exigência de produção.

Uma pesquisa realizada por Takahashi e Canesqui (2003) que analisou um programa implementado pelo Centro de Reabilitação Profissional em Campinas cujo propósito era resgatar a autonomia para o trabalho de portadores de Lesão por Esforço Repetitivo (LER) concluiu que este atendimento se mostra eficiente quando desenvolvido de forma interdisciplinar, uma vez que foram identificados fatores que podem facilitar e dificultar o processo de retorno ao trabalho. Em estudo realizado por Gravina e Rocha (2006) que buscou analisar a vivência de retornar ao trabalho de bancários acometidos por LER, resultados semelhantes no que se refere a fatores que facilitam e dificultam o processo de retorno ao trabalho foram verificados. Quanto aos fatores que dificultam a volta ao trabalho, Takahashi e Canesqui (2003) identificaram a ausência de reconhecimento social da doença (LER), o que corrobora com os dados apresentados por Gravina e Rocha (2006), que identificaram a inexistência de aceitação social da doença, expressa pelo preconceito em relação ao trabalhador e sua discriminação no ambiente de trabalho.

A não aceitação social do adoecimento justifica-se pela invisibilidade do adoecimento e por problemas de relacionamento entre pares e chefia. Este é um dos fatores que pode contribuir para aumento da dor, pois o trabalhador adoecido se esforça para desempenhar suas atividades transcendendo os próprios limites físicos e agravando o seu quadro clínico. Neste mesmo sentido, porém sob a perspectiva da Classificação Internacional da Funcionalidade, Dalton (2010) identificou que trabalhadores apresentam limitação em atividades sociais e de relacionamento em função das consequências das doenças relacionadas ao trabalho. Esta limitação reflete na realização de atividades de modo geral e, compromete a participação nas esferas familiar, social e do próprio trabalho.

Quanto às dificuldades expostas por trabalhadores no retorno ao trabalho, Gravina e Rocha (2006) identificaram que a dificuldade

pessoal de aceitar as limitações impostas pela doença, o receio de não ser compreendido, e a tendência a comparar seu ritmo de trabalho aos dos seus pares, contribuem para o agravamento da condição de saúde, podendo gerar um quadro de adoecimento. As limitações contribuem para o aumento do sofrimento físico e mental, dificultando a reinserção no ambiente de trabalho (Ribeiro,1997; Gravina e Rocha, 2006). Embasado por estas questões, Takahashi e Canesqui (2003) consideram condições imprescindíveis para o retorno ao trabalho o resgate da autonomia funcional e do equilíbrio emocional por meio de processos terapêuticos que busquem estimular a elaboração de sentimentos decorrentes da perda funcional e emocional. Segundo os autores, o trabalhador vivencia a sua condição de saúde de modo singular, motivo pelo qual o processo terapêutico deve trabalhar pela busca pela aceitação dos limites, aprendizagem da convivência com a dor e o estabelecimento de novas condutas para satisfação dos anseios.

Aspectos facilitadores, como a importância do trabalho, o desenvolvimento de novas habilidades, o sentimento de aptidão; a capacidade para o trabalho; a inclusão social; e apoio de pares e chefias frente a compreensão do quadro do trabalhador, foram identificados nos estudos de Gravinha e Rocha (2006). Já Dalton (2010) define as atitudes e os comportamentos individuais dos profissionais de saúde, que forneceram acolhimento e suporte aos trabalhadores como principal facilitador do retorno ao trabalho.

Ao considerar as doenças e acidentes e reinserção no ambiente de trabalho sob um olhar multidimensional (Gravinha & Rocha, 2006; Maeno & Vilela, 2010; Seligman, 2011), sugerem que não é possível atribuir uma única causalidade quando se trata destes eventos, isto porque, estão envolvidos o indivíduo e a empresa, e pode haver um desdobramento de aspectos que contribui para o aumento do risco de doenças e acidentes. Os aspectos individuais envolvem questões psicológicas, emocionais, de personalidade, fisiológicas e sociais, enquanto que os aspectos organizacionais dizem respeito a cultura, processos de produção, ergonomia, saúde do trabalhador, uso de equipamentos de segurança individual (EPI's) e coletivos (EPC's) dentre outros. Estes fatores organizacionais atuam de forma determinante sobre as questões de saúde dos trabalhadores e consequentemente no desencadeamento de condições adversas à saúde, com riscos elevados ao adoecimento.

Embora haja uma tendência em analisar a doença como determinada por questões fisiológicas, é necessário considerar os aspectos organizacionais envolvidos, uma vez a prevenção eficaz se

dará na medida em que a atuação preventiva e mesmo paliativa se der nestes múltiplos aspectos (Gravinha & Rocha, 2006; Maeno & Vilela, 2010; Seligman, 2011). Ao fazer referência a LER, Graninha e Rocha (2006) colocam que desde as primeiras reflexões sobre a mesma, os esforços repetitivos sempre estiveram associados ao desenvolvimento da doença, tornando-se senso comum que esta é a única, ou a mais importante restrição para o caso. A este fator, os autores atribuem tarefas direcionadas de forma inadequada, que buscam evitar apenas o esforço repetitivo, quando na verdade, as lesões são causadas por um conjunto de fatores, principalmente aqueles ligados à organização de trabalho, que, se forem mantidos, poderão agravar o quadro.

Considerando os aspectos já mencionados, os quais interferem negativamente na reinserção ao ambiente de trabalho torna-se necessário a compreensão e o desenvolvimento de ações que busquem, não apenas reinserir o trabalhador em um posto de trabalho e esperar que ele adapte-se às atividades a ele destinadas, mas que busquem ajustar o ambiente de trabalho para receber o trabalhador. As mudanças na organização de trabalho envolvem segundo Dalton (2010), a redução do ritmo de trabalho, o aumento do número de trabalhadores, a modificação do conteúdo das tarefas, a mudança na dinâmica das relações interpessoais e da estrutura hierárquica. Deve-se ainda, considerar a compatibilidade das tarefas a serem realizadas e as restrições do trabalho às condições clínicas.

Na prática, isso implica em estabelecimento de tarefas de acordo com a capacidade do trabalhador; adequação do ambiente de trabalho; informação, orientação e apoio das chefias e dos colegas. Ao fazer referência ao processo de reinserção profissional, Maeno e Vilela (2010) são enfáticos ao afirmar que o processo de reinserção profissional de um trabalhador acometido por restrições de cunho epidêmico é complexo e exige a mudança das condições de trabalho. Dalton (2010) ressalta que o retorno à mesma situação de trabalho ou os casos de mudanças de função sem o respaldo de uma adequada política de readaptação podem levar à piora dos sintomas e novos afastamentos; já Maeno e Vilela (2010) salientam que é importante considerar que o retorno ao trabalho não pressupõe o controle total da dor, e sim o alcance de um estado em que se conquista certa estabilidade no quadro clínico, com diminuição da intensidade e da frequência relativas a dor.

2.7 PERCEPÇÃO DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO

A percepção enquanto fenômeno é composta pelos sistemas fisiológico e psicológico ou cognitivo que interagem em si. Este fenômeno pode ser abordado do ponto de vista fisiológico ou psicológico, enquanto o primeiro visa identificar e explicar o caminho cerebral que os estímulos elétricos percorrem e a forma como estes são evocados por estímulos sensoriais via órgão dos sentidos, o segundo compreende que a percepção envolve aspectos relacionados aos processos mentais, os quais influenciam na interpretação de dados percebidos.

Tomando por base o sistema fisiológico, a percepção é compreendida como parte de um processo subdividido em senso-perceptivo e neuropsicológico. O processo senso-perceptivo refere-se à recepção de estímulos sensoriais do ambiente via órgãos do sentido e ao processamento destes estímulos na dimensão neural, denominado sensação. O processo neuropsicológico refere-se à tomada de consciência dos estímulos sensoriais (sensação), denominado percepção. O processo neural da senso-percepção, inicia quando as informações do ambiente (estímulos) chegam até o indivíduo por meio de sensações. Assim, os diferentes estímulos agem sobre os órgãos dos sentidos estimulando os diversos receptores e produzindo sensações, as quais tem a função de auto-regular o organismo e organizar as ações voltadas à sobrevivência e interação social. A sensação é definida por Dalgalarondo (2000) como um fenômeno elementar gerado por estímulos físicos, químicos ou biológicos, originados dentro ou fora do organismo, que produzem alterações e estimulam os órgãos dos sentidos. Estímulos sensoriais específicos como visuais, auditivos, táteis e sinestésicos resultam em diferentes formas de sensação. Neste sentido, é atribuída à sensação a dimensão neural, ainda não plenamente consciente dentro do processo de senso-percepção, enquanto que à percepção é atribuída a tomada de consciência do estímulo sensorial dentro da dimensão neuropsicológica e psicológica do processo. A percepção é definida por Dalgalarondo (2000) como a transformação de estímulos sensoriais em fenômenos perceptivos conscientes. A percepção é definida como a tomada de conhecimento de objetos sensoriais ou fatores que fornecem ao indivíduo um conceito mais ou menos definido (Braghirolli, Bisi, Rizzon, Nicoletto, 1990).

Os aspectos psicológicos e cognitivos da percepção representam um dos campos mais antigos da pesquisa psicológica composta por um vasto campo de teorias baseadas em métodos qualitativos e

quantitativos sobre os processos fisiológicos, psicológicos e cognitivos envolvidos na percepção. Na atualidade, a percepção enquanto fenômeno psicológico tem sido abordado por diferentes perspectivas teóricas, que representam uma pluralidade de compreensões e enfoques a respeito da compreensão deste fenômeno. De forma geral, a Psicologia e a Neurologia conceituam percepção como a função cerebral que atribui significado à estímulos sensoriais, a partir de vivências passadas; isso ocorre por que, segundo Roth (2000) o processo de pensamento é influenciado pelo fato de que o cérebro é um sistema auto referencial. Desta forma, ao entrar em contato com o ambiente, as interpretações emergem na interação e na relação entre o indivíduo e o meio no qual está inserido (Pombo & Tschimmel, 2005), é então na interação com o meio que o indivíduo organiza e interpreta as impressões sensoriais para atribuir significado ao seu meio. A percepção, então, consiste na aquisição, interpretação, seleção e organização das informações obtidas pelos sentidos (Barber e Legge, 1976; Pombo & Tschimmel, 2005).

Ao salientar que a percepção pode ser definida como o ato de perceber, Aragão (1976) ressalta que perceber é tomar conhecimento de um objeto e, para tanto, é preciso focar a atenção sob ele. Assim, a atenção torna-se uma condição essencial para que haja percepção, sendo assim, a percepção é a seleção de estímulos por meio da atenção. De forma geral, estudos psicológicos mostram que a percepção não constitui uma mera reflexão de eventos externos, mas um processo seletivo que corresponde à experiências anteriores, emoções e expectativas (Roth, 2000; Pombo & Tschimmel 2005).

A percepção recebe influência de diversos fatores, segundo Luria (1991), como Sensação: que embora constitua a base da percepção também a limita; Características do Estímulo: como intensidade, dimensão, mobilidade; frequência, forma e cor; Estado Psicológico do indivíduo correlacionado com experiências anteriores, formação, motivação, emoções, expectativas e pressuposições a respeito do estímulo. Partindo desta compreensão, Aragão (1976) organiza os fatores determinantes da percepção, ressaltando que estes podem ser classificados em (1) Mecanismos dos órgãos receptores e nervos condutores do cérebro (2) Características do estímulo, uma vez que há uma tendência a selecionar estímulos de maior intensidade, tamanho, forma, cor e mobilidade (3) Estado Psicológico de que recebe, como motivos, emoções e expectativas que fazem com que se perceba preferencialmente certos estímulos. Os estímulos que despertam ansiedade ou frustração, até certo de grau de intensidade, apresentam

menor probabilidade de serem percebidos. Existe uma tendência, portanto, a perceber o mundo mais como cremos ou queremos que ele seja do que como nos informam os diferentes estímulos que chegam aos órgãos do sentido (Braghirolli, Bisi, Rizzon e Nicoletto, 1990).

Com base nas evidências científicas apresentadas acima, este estudo adotará o modelo conceitual de percepção conforme esquematizado no Quadro 1, onde a percepção de capacidade para o trabalho será abordada dentro do sistema psicológico, tomando por base seus respectivos constructos.

Quadro 1 – Modelo Conceitual de Percepção

Fenômeno	Sistema	Processo	Produto	Constructo
PERCEPÇÃO	FISIOLOGICO:	Senso perceptivo	Sensação: Recepção dos estímulos via órgãos dos sentidos	Origem dos Estímulos: Interno ou Externo
	Caminho cerebral que os estímulos elétricos percorrem e a forma como estes são evocados por estímulos sensoriais via órgão dos sentidos.			Características do Estímulo: Intensidade, dimensão, mobilidade; frequência, forma e cor. Órgão Sensorial: Visuais, Auditivos, Táteis e Sinestésicos Tipos de Estímulos: Físicos, Químicos ou Biológicos
	PSICOLOGICO: Processos mentais que influenciam na interpretação de dados percebidos.	Neuropsicológico	Percepção: Consciência do estímulo, Interpretação e Atribuição de Significado.	Experiências Anteriores Atenção Emoção Expectativas Motivação Pressuposições

Fonte: Modelo construído pela autora com base na literatura.

2.8 CENÁRIO DA INDÚSTRIA TÊXTIL

A indústria Têxtil e de confecção é composta por várias etapas produtivas inter-relacionadas, das quais se destacam, basicamente, quatro delas: Fiação, Tecelagem, Acabamento e Confecção. A fiação refere-se à produção e preparação do fio ou filamento que será tecido. A tecelagem corresponde ao processo de fabricação do tecido, que pode ser plano ou de malha. A fabricação de tecido plano recebe o nome de tecelagem, enquanto que a fabricação de malha recebe o nome de malharia. O acabamento é o processo que confere ao produto conforto, durabilidade e propriedades específicas. A confecção é a parte do processo que finaliza o produto, utilizando de confecção de moldes, corte e costura. Na etapa final, de confecção, o produto gerado pode ser de vestuário; artigos para o lar que abrangem cama, mesa, banho, decoração e limpeza; ou para a indústria, como filtros de algodão e componentes para o interior de automóveis. O produto final de cada uma das etapas, acima citadas, é a matéria prima da fase seguinte o que em seu conjunto recebe o nome de cadeia têxtil. A cadeia têxtil de cada empresa depende do produto que está sendo fabricado, assim, cada setor tem segmentos diferenciados e estruturas físicas diferenciadas (ABID, 2008). Vale salientar que o Brasil possui uma cadeia têxtil completa, desde fibras até confecções. A Associação Brasileira de Indústrias Têxteis (ABIT) propõe um modelo das características da cadeia produtiva, do setor têxtil e de confecções, que predomina no Brasil, a qual pode ser visualizada na Figura 2.

As etapas de fiação e tecelagem são mais intensivas e com maior possibilidade de automação do processo produtivo, enquanto que a etapa de confecção e vestuário depende da mão de obra e apresenta maiores dificuldades de automação (ABID, 2008). Uma das principais características das indústrias têxteis no Brasil refere-se ao processo de produção, o qual se diferencia dos demais segmentos, enquanto alguns segmentos de indústrias contam com um processo de automação de toda a cadeia produtiva (Figura 2), a automação da indústria têxtil ocorre apenas em algumas etapas do processo, dada a necessidade do trabalho humano, o que caracteriza processos manuais realizados de forma artesanal.

Figura 2 - Cadeia Produtiva Brasileira



Fonte: ABID, 2008.

Dadas as características da indústria têxtil, é importante destacar que os processos produtivos foram sendo desenvolvidos ao longo do próprio desenvolvimento deste setor em nível mundial, na medida em que foram crescendo, foram também aprimorando seus processos.

No que se refere ao desenvolvimento da indústria Têxtil no Brasil as primeiras indústrias do ramo foram implantadas em 1850. Este processo deu início a evolução gradual de tecnológica, entre 1950 e 2000 no Brasil e mundo (Costa, Luz, Habib, 2000). A Confederação Nacional da Indústria em 1957 registrava um crescimento de 10% no setor Têxtil brasileiro. Nesta época foi fundada a Associação têxtil de São Paulo; decorridos 30 anos, em abril de 1989 a entidade estendia sua abrangência em todo território nacional, passou a se chamar Associação Brasileira da Indústria Têxtil – ABIT, com atuação em todo território nacional (Skaf, 2000).

Até a década de 1980, países como EUA, Europa e Japão dominavam a fabricação de produtos têxteis quando o cenário mundial

começou a apresentar mudanças com a produção têxtil de países emergentes como Ásia e mais recentemente, Leste Europeu, Norte da África e Caribe, os quais detêm a produção têxtil em nível mundial. O Brasil está entre os principais produtores da indústria têxtil e de confecção do mundo. No ano de 2000, entre fiação, tecelagem e confecção, foram contabilizadas, no território nacional, cerca de 20 mil fábricas têxteis, com participação no PIB de 20 bilhões, e volume de exportação de 1,4 bilhões anualmente (Skaf, 2000). No ano de 2005, o país foi o segundo maior produtor de tecidos de malha, o sexto maior produtor de fios e filamentos, o sétimo, em tecido, e o quinto, em confecção (Lupatini, 2007).

Atualmente, a Ásia é responsável por 73% do volume têxtil produzido no mundo, com destaque para China, Índia, Paquistão, Coreia do Sul, Malásia, Tailândia e Bangladesh. No cenário mundial, o Brasil ocupa a quarta posição entre os maiores produtores mundiais de artigos de vestuário e a quinta posição entre os maiores produtores de manufatura têxtil (ABIT, 2013). A posição ocupada pelos maiores produtores do ramo têxtil, a produção e a porcentagem do mercado mundial de cada país pode ser visualizado nos Quadro 2 e Quadro 3.

Quadro 2 - Produtores Mundiais de Vestuário

Posição	PAÍS	PRODUÇÃO (Mil. Ton)	% Mundial
1	China	21.175	46,40%
2	Índia	3.119	6,80%
3	Paquistão	1.523	3,30%
4	Brasil	1.271	2,80%
5	Turquia	1.145	2,50%
6	Coréia do Sul	990	2,20%

Fonte: Associação Brasileira da Indústria Têxtil – ABIT, 2013.

Quadro 3 - Produtores Mundiais de Têxteis

Posição	PAÍS	PRODUÇÃO (Mil. Ton)	% Mundial
1	China	38.561	50,70%
2	Índia	5.793	7,60%
3	EUA	4.021	5,30%
4	Paquistão	2.820	3,70%
5	Brasil	2.249	3,00%
6	Indonésia	1.899	2,50%

Fonte: Associação Brasileira da Indústria Têxtil – ABIT, 2013.

Os setores Têxteis e de Confecção são relativamente intensivos em mão-de-obra e possuem grande capacidade de geração de empregos. Segundo dados da ABIT (2013) o setor têxtil reúne mais de 32 mil empresas, das quais, 80% são confecções de pequeno e médio porte, representa cerca de 6% do valor total da produção da indústria de transformação. O setor Têxtil emprega cerca de 1,7 milhões de brasileiros de forma direta, dos quais 75% são mulheres, emprega de forma indireta 2,3 milhões de pessoas que somados chegam a 4 milhões de empregos, conforme demonstrado no Quadro 4. É importante observar a representatividade da mão de obra feminina, uma vez que esta é uma das características das indústrias têxteis no Brasil.

Quadro 4 - Empregabilidade Têxtil no Brasil

Relações de Empregos	Empregados (Milhões)
Direto	1,7
Indireto	2,3
Total	4,0

Fonte: ABIT 2013.

O setor Têxtil e de confecção responde pela quarta maior folha de pagamento da indústria de transformação, com R\$ 13,8 bilhões, ficando apenas atrás das indústrias alimentícias, automotivas e de máquinas e equipamentos, conforme Figura 3.

Figura 3 - Valores Pagos em Salários (Bilhões/ano)



Fonte: ABIT, 2013.

No que se refere à distribuição de emprego e investimentos no ramo têxtil no Brasil, os investimentos são de US\$ 7.663, o estado de São Paulo apresenta o maior número de empregos formais, 328.378, e o segundo estado com maior representatividade é Santa Catarina, com 192.100 empregos formais (Figura 4).

Figura 4 - Distribuição de Empregos e Investimentos – Têxtil e Vestuário



Fonte:

O estado de Santa Catarina é referência no ramo têxtil em matéria de malharia e artigos de cama, mesa e banho. No Anuário Brasil Têxtil

de 2010, no Ranking das 210 maiores indústrias têxteis, 60 estão localizadas na região sul, das quais, quatro estão no Paraná, cinco no Rio Grande do Sul, e Santa Catarina, dos estados do sul, aparece em primeiro lugar com 51 das maiores indústrias têxteis do Brasil. As 51 indústrias de Santa Catarina, geram juntas cerca de 53 mil empregos diretos ao estado. O maior pólo têxtil de Santa Catarina está localizado na cidade de Blumenau, com quatro das dez maiores indústrias têxteis da região sul, são elas: Sul: Hering, Teka, Cremer e Karsten. Apenas em Blumenau, são gerados 20,5 mil empregos por indústrias têxteis. Com base em dados da Fundação Getúlio Vargas, está apresentado o Ranking das 10 maiores empresas têxteis do Sul, conforme apresentado no Quadro 5.

Quadro 5 - Dez Maiores Empresas Têxteis do Sul do Brasil

Empresa	UF	Faturamento em milhões de reais
Hering	SC	320.295
Teka	SC	260.703
Karsten	SC	249.613
Marisol	SC	236.831
Döhler	SC	205.120
Cremer	SC	197.581
Pettenati	RS	170.164
Buettner	SC	160.338
Fitesa	RS	106.036
Círculo	SC	89.932

Fonte: FGV/Revista Expressão.

Outra cidade que apresenta um destaque na produção têxtil é Joinville, das 51 maiores indústrias Têxteis do Brasil, sete estão em Joinville, conforme (Quadro 6). A indústria têxtil mais antiga da cidade é a Dohler e, a sua história encontra-se intimamente relacionada com a história da cidade. Atualmente a Dohler, conta com três unidades fabris em Joinville, as quais produzem 1,3 mil toneladas de produtos, com volume de venda superior a 165 milhões para o mercado interno e externo, emprega cerca de 3.200 pessoas de forma direta e indireta. A empresa Malwee do ramo têxtil de Santa Catarina se destaca no cenário Brasileiro, que foi fundada em 1968 e, emprega atualmente cerca de 3.500 funcionários que produzem 2,5 milhões de peças de roupas, em

três unidades fabris localizadas nas cidades de Jaraguá do Sul, Pomerode e Blumenau (Costa, et al, 2000).

Quadro 6 - Sete Maiores Indústrias Têxteis de Joinville

Indústria	Ano de Fundação
Douta Cia. Têxtil S.A	1973
Fibra Malhas - Delates	1981
Malharia Mana	1984
Malharia Princesa S.A	1952
Afetes Ind.com. E Rederes	1977
Cia. Fabril Leper	1907
Dohler S.A	1881

Fonte: Costa, et al, 2000.

3 MÉTODO

A natureza da pesquisa realizada privilegiou a empiria, que se refere ao conhecimento derivado das experiências cotidianas subjetivas, por meio do levantamento de dados em campo. A abordagem adotada foi qualitativa, a qual se caracteriza pela busca de conhecer e diagnosticar a realidade pesquisada em profundidade, caracterizando-a de maneira complexa (Oliveira, 2007). A investigação qualitativa visa compreender os fenômenos no ambiente em que eles ocorrem e os significados subjetivos atribuídos a experiência humana (Moraes, 2008). Para tanto, parte do princípio da existência de uma relação dinâmica entre o sujeito e o mundo real, onde ambos são mutuamente influenciados (Chizzotti, 2006).

A abordagem qualitativa é composta por características próprias, capazes de permitir a compreensão do fenômeno por meio da leitura, interpretação e análise dos dados, característicos e próprios da abordagem (Moraes, 2008). Nesta abordagem, existem cinco características básicas: Tem o ambiente natural como sua fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento; os dados coletados são predominantemente descritivos; há uma preocupação com o processo, maior do que com resultado; o significado que os indivíduos atribuem à experiência subjetiva são focos de atenção especial pelo pesquisador; e a análise dos dados tende a seguir um processo indutivo (Ludke, 1986).

Em uma tentativa de sintetizar as principais características que compõe as investigações qualitativas Günter (2006), propõe cinco atributos fundamentais: Características gerais, objeto de estudo, coleta de dados, interpretação dos resultados e generalizações.

A primeira característica geral refere-se à primazia da compreensão como princípio do conhecimento, que pretende estudar as relações complexas ao invés de explicá-las por meio do isolamento de variáveis. A segunda característica geral é a construção da realidade, a pesquisa é percebida como um ato subjetivo de construção. Outro aspecto geral é o caráter descritivo, ou seja, seu resultado produz textos, que são interpretados para compreensão do objeto de estudo (Günter, 2006). A ênfase no indivíduo como objeto de estudo é essencial, uma vez que considera a sua historicidade, no que diz respeito ao processo de desenvolvimento e no contexto vivenciado pelo indivíduo (Mayring, 2002; Günter, 2006).

A coleta de dados, deve ocorrer no ambiente em que os fenômenos ocorrem, tendo o investigador um importante papel (Bogdan

& Biklen, 1994). O aspecto metodológico, segundo Günter (2006), possui como característica a possibilidade de ser adaptado para cada caso em específico, ao invés de um método padronizado único, devendo o método se adequar ao objeto de estudo em questão. A coleta e interpretação dos dados é realizada de forma indutiva e não tem como finalidade a afirmação ou não de hipóteses previamente determinadas. No processo de coleta de dados é priorizado o significado que o sujeito atribui às vivências, à análise dedutiva dos dados e à descrição dos dados encontrados. Os dados a serem interpretados não estão restritos apenas a verbalizações, mas incluem aspectos que contribuem para uma melhor compreensão do objeto de estudo (Bogdan & Biklen, 1994; Günter, 2006).

3.1 CAMPO DE PESQUISA

Os locais onde foram coletadas as informações da pesquisa foram duas indústrias do ramo têxtil, localizadas em Joinville, Santa Catarina, sendo uma empresa de pequeno e a outra de médio porte. A escolha e definição, prévia, dos locais onde a pesquisa foi realizada se deu por meio de três critérios de escolha: Indústrias do Ramo Têxtil, Localizada em Joinville, Santa Catarina com diferentes portes entre si.

Dados os critérios de escolha dos locais de pesquisa, foi realizado um contato prévio com empresas que atendessem aos critérios a fim de verificar a viabilidade do desenvolvimento da pesquisa. Após o levantamento das empresas que atendiam aos critérios, previamente estabelecidos, a escolha para coleta de dados ocorreu por ordem de retorno de aceite em participar da pesquisa. Assim, o local da pesquisa foi constituído por duas indústrias que atenderam os critérios de inclusão.

3.1.1 Coleta de Dados de Campo

O trabalho de campo permite, segundo alguns autores (Marconi & Lakatos, 1999, Minayo, 2005), obter informações sobre o objeto de estudo e, para tanto, o investigador pode se utilizar de vários instrumentos, dentre os quais, a coleta de material documental. Esta etapa constitui uma das fases mais importantes da pesquisa (Marconi & Lakatos, 1999, Minayo, 2005), pois permite a produção de dados primários que antecedem a pesquisa propriamente dita e, a captação de materiais que balizam a dimensão das atividades envolvidas na

pesquisa, além de dar subsídios para aproximação com o campo de pesquisa.

Foi realizado um levantamento dos dados de campo, com a finalidade de aproximar-se da realidade a ser pesquisada e para evitar deparar-se com características reais distintas das esperadas. Esta aproximação prévia permitiu tomar decisões mais precisas e condizentes com a realidade que será pesquisada.

Os dados previamente levantados dizem respeito à fundação da indústria, produto produzido, processos adotados na produção. Estes dados estão apresentados no item: Perfil e Características das Indústrias Pesquisadas.

3.2 PARTICIPANTES

Como participantes da pesquisa foram delimitados trabalhadores da indústria têxtil, de ambos os sexos, que tenham se afastado, independente do diagnóstico, por no mínimo três meses e no máximo um ano, cujo retorno ao trabalho tenha ocorrido de 15 dias até no máximo 5 meses do momento da coleta de dados. A idade dos trabalhadores selecionados foi de 20 a 49 anos e, para esta definição, foi considerado o intervalo de idade corresponde ao período de maior produtividade humana com um número representativo de incapacidade para o trabalho (Brasil, 2000; Takahashi, Leite, Göeldi, 2010).

Como critérios de Inclusão foram delimitados os seguintes: Sujeitos que permaneceram em atividades laborais até o momento da coleta de dados, escolaridade mínima a quarta série do Ensino Fundamental, desejar participar da pesquisa e assinar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme preceitos da Ética em pesquisas com seres humanos. A escolaridade dos participantes foi considerada devido à padronização do instrumento de coleta de dados, Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT), que apresenta como critério a escolaridade mínima da quarta série do Ensino Fundamental.

O diagnóstico do afastamento, a participação ou não em programas de reabilitação, e o fato de estar ou não realizando tratamento de qualquer natureza não foram critérios de inclusão ou de exclusão da pesquisa.

Participaram da pesquisa um total de 11 trabalhadores das duas empresas, que retornaram ao trabalho no período da coleta de dados.

Na primeira empresa, foram contabilizados 10 trabalhadores que retornaram ao trabalho em 2014, dos quais 8 atenderam os critérios de inclusão e participaram da pesquisa. Dois não participaram da pesquisa;

1 pediu demissão antes da coleta de dados e, 1 não atendeu ao critério de inclusão referente a idade.

Na segunda empresa 6 trabalhadores retornaram ao trabalho em 2014, dos quais 1 solicitou a demissão antes da coleta de dados, 4 atendiam os critérios de inclusão, mas destes, 1 se negou a participar. Nesta empresa, 3 trabalhadores participaram da pesquisa.

3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para contemplar os fenômenos: percepção, capacidade e funcionalidade a serem investigados neste estudo, na coleta de dados foram utilizados três instrumentos complementares entre si: Índice de Capacidade para o Trabalho, Roteiro de Entrevista e, Checklist (Versão 2.1) da Classificação internacional de Funcionalidade (CIF).

3.4.1 Índice de Capacidade Para o Trabalho (ICT)

O desenvolvimento do Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) foi baseado em estudos de saúde ocupacional desenvolvidos na Finlândia (Tuomi, 1997). Estudos que utilizam o ICT têm contribuído para avaliação da capacidade para o trabalho em diferentes grupos, tendo um valor preditivo para invalidez, mortalidade, saúde e doença (Martinez, 2008).

O ICT é um instrumento que avalia a capacidade para o trabalho. A definição utilizada pelo instrumento para definir capacidade para o trabalho é quão bem está, ou estará um trabalhador, neste momento ou num futuro próximo, e quão bem ele pode executar seu trabalho, em função das exigências, do estado de saúde e das capacidades físicas e mentais (Tuomi et al, 2005).

O ICT consiste em um questionário auto-aplicável composto de dez itens, sintetizados em sete dimensões: (1) capacidade atual para o trabalho comparada com a melhor percepção de capacidade da vida, (2) capacidade para o trabalho em relação a exigências físicas, (3) número de doenças atuais diagnosticadas pelo médico, (4) perda estimada para o trabalho por causa de doenças, (5) faltas ao trabalho por doenças nos últimos 12 meses, (6) prognóstico próprio da capacidade para o trabalho daqui a 2 anos e (7) recursos mentais. O escore é calculado pela soma dos pontos obtidos em cada item e varia de 7 (pior índice) a 49 pontos (melhor índice).

Os escores são classificados da seguinte forma: de 7 a 27 pontos = baixa capacidade; de 28 a 36 pontos = moderada capacidade; de 37 a

43 = boa capacidade para o trabalho; e de 44 a 49 = ótima capacidade para o trabalho.

3.4.2 Entrevista

A entrevista é definida por Haguette (1997) como um processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado. A entrevista é uma técnica de pesquisa que permite desenvolver uma interação entre pesquisador e pesquisado, sem que haja o estabelecimento de uma relação hierárquica entre ambos (Boni & Quaresma, 2005). Os dados subjetivos poderão ser obtidos através da entrevista, uma vez estão vinculados à valores, atitudes e opiniões dos sujeitos entrevistados (Boni & Quaresma, 2005).

Dentre as formas de entrevistas existentes, se destacam a entrevista estruturada e a semi-estruturada. Na primeira, as perguntas são previamente elaboradas e devem ser seguidas tal como foram formuladas (Lakatos, 1996). Já na segunda, são elaboradas questões, ou temas norteadores que combinam perguntas abertas e fechadas, de forma a serem respondidas dentro de uma conversa, uma vez que tem finalidade exploratória. A entrevista semi-estruturada visa à obtenção do maior número de informações e detalhamento a respeito de determinado tema, segundo a visão do entrevistado (Boni & Quaresma, 2005).

A escolha de qualquer técnica de coleta de dados depende particularmente da adequação ao problema de pesquisa (Boni & Quaresma, 2005). Tendo em vista os objetivos da presente pesquisa e a adequação da técnica de coleta de dados, foi elaborado um roteiro de entrevista semi-estruturada, a qual, contém temas que foram abordados em maneira individual. O roteiro de entrevista foi elaborado pela pesquisadora após revisão de literatura sobre o tema e visou aprofundar questões relacionadas à percepção de capacidade para o trabalho, não contempladas no instrumento Índice de capacidade para o Trabalho (ICT), tais como dados sociodemográficos, sentimentos dos trabalhadores relacionados a capacidade para o trabalho, histórico da doenças e problemas de saúde que podem interferir na capacidade atual para o trabalho. O roteiro de entrevista, em anexo A, foi utilizado de modo complementar ao ICT.

3.4.3 Classificação Internacional de Funcionalidade

A Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) está dividida em duas partes (1) **Funcionalidade e Incapacidade**, formada pelos componentes: (A) Funções e Estruturas do Corpo e (B) Atividade e Participação (2) **Fatores Contextuais**, formado pelos componentes: (C) Fatores Ambientais e (D) Fatores Pessoais. Cada componente é constituído por quatro itens específicos: Domínios; Constructos; Aspectos Positivos e Aspectos Negativos. As expressões gerais dos componentes em termos positivos determinam a funcionalidade ou capacidade, enquanto em termos negativos determinam a incapacidade ou deficiência de um indivíduo, conforme pode ser observado logo abaixo, no Quadro 7.

Quadro 7 - Partes Estruturais da CIF e Seus Respectivos Componentes

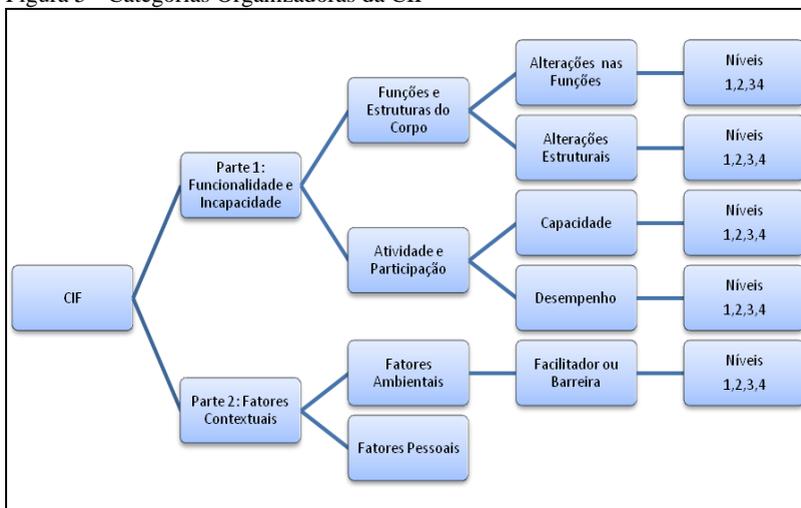
Parte 1 - Funcionalidade e Incapacidade		Parte 2 - Fatores Contextuais		
	Componentes		Componentes	
	(A) Funções e Estruturas do Corpo	(B) Atividade e Participação	Fatores Ambientais	Fatores Pessoais
Domínios	Funções do Corpo	Áreas Vitais (Tarefas, Ações)	Influências Externas Sobre a Funcionalidade e a Incapacidade	Influências Interna sobre a Funcionalidade e a Incapacidade
	Estruturas do Corpo			
Constructos	Mudanças nas Funções do Corpo (Fisiológica)	Capacidade na Execução de Tarefas em ambiente Padrão	Impacto Facilitador ou Limitador das Características do Mundo Físico e Social	Impacto dos Atributos de uma Pessoa
	Mudanças nas Estruturas do Corpo (Anatômicas)	Desempenho na Execução de Tarefas no ambiente Habitual		
Aspectos Positivos	Integridade Funcional e Estrutural	Atividade e Participação	Facilitadores	Não Aplicáveis
	Funcionalidade			
Aspectos Negativos	Deficiência	Limitação da Atividade Restrição na Participação	Barreiras	Não Aplicável
	Incapacidade			

Fonte: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, OMS, 2004.

A saúde e os estados relacionados com a saúde de um indivíduo podem ser registrados através da seleção de códigos (letras), apropriados das categorias específicas organizadas hierarquicamente e do acréscimo

de qualificadores (numéricos). Os qualificadores podem atingir quatro níveis progressivos que especificam a extensão ou magnitude da funcionalidade ou incapacidade naquela categoria específica, que esquematicamente pode ser apresentado conforme Figura 5: Categorias Organizadoras da CIF proposta por Fontes (2010).

Figura 5 - Categorias Organizadoras da CIF



Fonte: Fontes, 2010.

Conforme figura acima (Categorias Organizadoras da CIF), dentro de cada componente, são agrupados os domínios da saúde e os relacionados com a saúde, que são ordenados de acordo com suas características comuns, tais como: Origem, tipo e semelhança. Um sistema alfanumérico é utilizado, no qual as letras (b,s,d,e), chamadas de códigos, são utilizados para identificar Funções do corpo, Estrutura do corpo, Atividade e Participação e Fatores Ambientais. Estas letras (códigos) são seguidas por números, que recebem o nome de qualificadores, que começam com o número do capítulo (um dígito), seguida pelo segundo nível (dois dígitos) e o terceiro e quarto nível (um dígito cada).

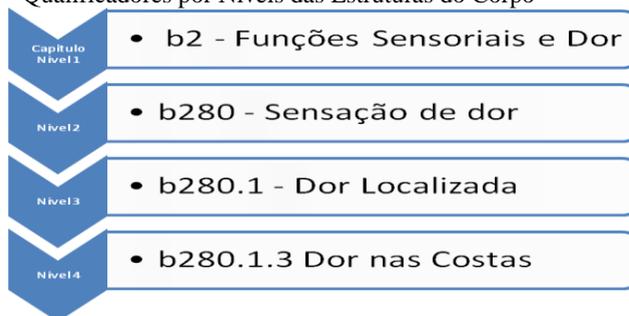
Assim, a funcionalidade e Incapacidade são avaliadas quanto aos componentes: Funções e Estruturas do Corpo e; Atividade e participação. Onde, as Funções e estruturas do corpo são avaliadas quanto suas características comuns no que se refere a alterações nas

funções e estruturas, as quais podem ser atribuídas qualificadores (números) que indicam a magnitude e a extensão da lesão. Cada componente é avaliado quanto à capacidade e desempenho, aos quais são atribuídos qualificadores, ou seja, níveis (1, 2, 3 e 4). Neste item, os qualificadores indicam a magnitude e a extensão da lesão, a presença ou ausência de um facilitador ou barreira.

A um único indivíduo pode-lhe ser atribuído uma série de códigos (letras) e qualificadores (números) em cada nível, que podem ser independentes ou estar inter-relacionada. Os códigos só estão completos com um qualificador, que indica a magnitude do nível de saúde, ou seja, a gravidade do problema. Os qualificadores são codificados com um, dois ou mais dígitos após um ponto separador. A utilização de qualquer código (letra) isolado em uma categoria tem valor neutro, para que a categoria tenha validade, o constructo precisa estar qualificado (numerado), ou seja, acompanhada de pelo menos um dígito.

As estruturas do corpo, além de possuir um qualificador genérico da *extensão* da mudança de saúde (**b2** Funções sensoriais de dor), possui um qualificador para a *natureza* da mudança (**b2280** Sensação de dor), na *estrutura* (**b2280.1** dor localizada) e um qualificador que indica a localização da mudança (**b2280.1.3** dor nas costas), o que está ilustrado na Figura 6: Qualificadores por Níveis das Estruturas do Corpo.

Figura 6 - Qualificadores por Níveis das Estruturas do Corpo



Fonte: Categorias por níveis da CIF – Adaptada - Fontes (2010).

O termo funcionalidade engloba todas as funções do corpo, e atividade e participação; indica os aspectos positivos ou facilitadores da interação entre um indivíduo com dada condição de saúde e seus fatores contextuais. A incapacidade engloba: Deficiências; Alterações das funções e estruturas; Restrições de participação ou Magnitude das

barreiras ambientais, que indicam os aspectos negativos da interação do indivíduo com os fatores contextuais. Na concepção da CIF a incapacidade é resultante da experiência individual e, não é atribuída apenas ao indivíduo uma vez que engloba fatores ambientais em interação direta com estado de saúde e podem se manifestar em forma de barreiras que resultam em incapacidade, de modo a restringir a participação e limitar as atividades relacionadas ao ambiente.

Na CIF a deficiência engloba problemas nas funções e estruturas do corpo, constituídas por funções do sistema fisiológico dos sistemas orgânicos e psicológicos e; partes anatômicas do corpo. A deficiência é resultante de problemas nas funções e estruturas do corpo, que podem constituir uma anormalidade, perda ou desvio relativo ao padrão biomédico do corpo e suas funções. Assim, as deficiências não equivalem a patologias subjacentes, mas a manifestação das patologias que correspondem a um desvio no estado biomédico normal, que pode ser leve ou grave, podendo variar ao longo do tempo; temporárias ou permanentes, progressivas, regressivas ou estáveis, intermitentes ou contínuas.

Quando há uma deficiência, há uma disfunção das funções ou estruturas do corpo, que podem estar relacionadas com qualquer doença, perturbação ou estado fisiológico. As deficiências, no contexto da CIF, não têm relação causal com etiologia ou com a forma como se desenvolveram. A presença de uma deficiência implica necessariamente em uma causa, que pode não ser suficiente para explicar a deficiência resultante. As deficiências podem ser parte ou expressão de uma condição de saúde, mas não indicam, necessariamente, a presença de uma doença. As deficiências na CIF são classificadas em domínios (categorias) apropriadas (Figura 7).

Figura 7 - Funções e Estruturas do Corpo



Fonte: Classificação Internacional de Funcionalidade, 2004

3.4.3.1 Atividade e Participação

O termo atividade refere-se à execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo. A limitação da atividade indica dificuldades encontradas por um indivíduo na execução de dada atividade. O termo participação refere-se ao envolvimento do indivíduo em nas situações de vida, e em contrapartida, a restrição na participação indica problemas relativos ao envolvimento em situações cotidianas da vida.

Os domínios do componente Atividade e Participação estão incluídos em uma lista que engloba a totalidade das áreas vitais, desde a aprendizagem básica até áreas mais complexas, tais como interações interpessoais e de trabalho (Figura 8).

Figura 8 - Domínios do Componente Atividade e Participação



Fonte: Classificação Internacional de Funcionalidade, 2004

O qualificador de desempenho, atribuído em cada domínio, descreve-se a qualidade do desenvolvimento de atividades de um indivíduo na vida habitual. O qualificador Capacidade descreve a aptidão do indivíduo para executar uma tarefa de modo ajustado ao ambiente. Este Constructo visa identificar o nível Máximo provável de funcionalidade que a pessoa pode atingir em dado momento. Os qualificadores de desempenho e capacidade podem ser visualizados no Quadro 8: Qualificadores de Desempenho e Capacidade.

Quadro 8 - Qualificadores de Desempenho e Capacidade

Qualificador de Desempenho	Qualificador de Capacidade
Envolvimento	Participação
Dificuldade	Limitação da Atividade
Problema	Restrição na Participação

Fonte: Classificação Internacional de Funcionalidade, 2004.

A CIF como instrumento de coleta de dados pode fornecer informações a respeito da funcionalidade, capacidade ou incapacidade de um indivíduo, por meio da avaliação de cada componente e, seus respectivos códigos e qualificadores. A leitura de cada componente permite localizar os problemas de saúde e os relacionados com a saúde e, a leitura do conjunto de dados permite avaliar a funcionalidade e capacidade ou incapacidade do indivíduo para atividades que podem estar relacionadas com a vida em geral ou em áreas específicas, como o trabalho por exemplo.

3.5 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE INFORMAÇÕES

Primeiramente foi realizado um contato com as indústrias, previamente contatadas durante a elaboração do projeto, para confirmar a autorização para a coleta de dados e agendar um horário para explanação sobre a pesquisa junto ao responsável pela área de Recursos Humanos. Para cada empresa foram agendados horários distintos, onde foram apresentadas a proposta da pesquisa, critérios, duração e procedimentos que seriam adotados, bem como estabelecido um cronograma para coleta de dados, junto a cada indústria.

Em um segundo momento, foi realizada uma análise documental com objetivo de levantar o número de trabalhadores afastados do trabalho e número de trabalhadores que retornaram ao trabalho nos últimos cinco anos. Foram ainda levantados dados de Diagnóstico dos afastamentos ocorridos no último ano e a descrição dos cargos dos trabalhadores afastados.

Em um terceiro momento, foi apresentada a proposta, bem como os objetivos da investigação para cada sujeito da pesquisa, de forma individual. Neste encontro a pesquisadora leu o TCLE e explicou ao participante de pesquisa, depois de constatado o desejo do mesmo em participar da pesquisa o TCLE foi assinado. Foi apresentado ainda, o cronograma de pesquisa e agendado os horários para os demais encontros.

Ainda no mesmo encontro, foi aplicado, individualmente, o instrumento Índice de Capacidade para o Trabalho (Anexo A), com o objetivo de avaliar a percepção de capacidade para o trabalho. O ICT foi entregue ao participante e, deu-se as explicações sobre o preenchimento do instrumento e esclarecidas eventuais dúvidas, houve o preenchimento do instrumento. Logo após a finalização do preenchimento do ICT, a pesquisadora deu início a entrevista. A entrevista ocorreu de forma individual, baseada em um roteiro previamente estabelecido (Anexo B), o qual teve por objetivo aprofundar a compreensão da percepção da capacidade para o trabalho dos trabalhadores, de modo a complementar os dados obtidos por meio do ICT. A entrevista foi gravada, conforme autorização do participante.

No segundo encontro, foi aplicado o Checklist (Versão 2.1) (Anexo C) da CIF, com a finalidade de avaliar a funcionalidade dos trabalhadores que atendiam aos critérios de inclusão na pesquisa. Neste encontro foi agendada uma data para futura apresentação dos resultados desta pesquisa.

3.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

3.6.1 Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT)

Os dados colhidos por meio do Índice de capacidade para o trabalho foram analisados e interpretados de acordo com as instruções do instrumento. Foram analisados os itens que compõem o instrumento, em sete dimensões: (1) capacidade para o trabalho comparada com a melhor de toda a vida, (2) capacidade para o trabalho em relação a exigências físicas, (3) número de doenças atuais diagnosticadas pelo médico, (4) perda estimada para o trabalho por causa de doenças, (5) faltas ao trabalho por doenças nos últimos 12 meses, (6) prognóstico próprio da capacidade para o trabalho daqui a 2 anos e (7) recursos mentais.

A quantidade de pontos alcançada em cada questão foi somada, resultando em um escore final. O escore final pode variar de 7 (pior

índice) a 49 pontos (melhor índice), que são classificados da seguinte forma: de 7 a 27 pontos = baixa capacidade para o trabalho; de 28 a 36 pontos = moderada capacidade para o trabalho; de 37 a 43 = boa capacidade para o trabalho; e de 44 a 49 = ótima capacidade para o trabalho. Os escores foram interpretados e recebem um conceito que atribuiu a qualidade final da capacidade para o trabalho, conforme Quadro 9.

Quadro 9 - Esquema Interpretativo do ICT

Item	Número de Questões	Pontos (Escore)	Interpretação Qualitativa do Escore
Capacidade atual para o Trabalho considerada com a melhor da vida.	1	Soma dos Pontos de cada Item gera o Escore que varia de 7 a 49 pontos	Baixa Capacidade Capacidade Moderada Boa Capacidade Ótima Capacidade
Capacidade para o Trabalho em relação ao trabalho.	2		
Número de Doenças Diagnosticadas pelo Médico	1		
Perda Estimada para o Trabalho devido a doença	1		
Faltas ao Trabalho devido a doenças nos últimos 12 meses.	1		
Prognóstico da capacidade para o trabalho no futuro	1		
Recursos Mentais Recentes	3		

Fonte: Material Construído pela própria autora com base no ICT.

3.6.2 Entrevista

As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas conforme análise de conteúdo (Bardin, 1979) que se refere a um conjunto de técnicas que visam compreender o significado e os sentidos ocultos e explícitos dos dados coletados (Chizzotti, 2006). A análise do conteúdo conduz descrições sistemáticas, que ajudam a interpretar as mensagens e compreender os significados que é atribuída a vivência subjetiva.

Foram analisados os conteúdos de todas as percepções dos participantes da pesquisa, as quais foram identificadas e, agrupadas os conteúdos similares e singulares, de acordo com as categorias e subcategorias dos dados relativos a entrevista. O conteúdo de cada categoria foi lançado em matrizes com as principais percepções e as mesmas foram analisadas.

Os conteúdos foram distribuídos em oito categorias, que compreendem os aspectos particulares e comuns aos sujeitos. São elas: 1) Caracterização dos participantes; composta por cinco subcategorias; a) condições socioeconômicas; b) estilo de vida; c) condições de saúde anterior ao afastamento compostas por três categorias cada; d) condições do afastamento com duas subcategorias; e) condições de retorno ao trabalho com seis subcategorias e; f) condições atuais distribuídas em três subcategorias condições em que o trabalho é realizado formado por três itens; condições do ambiente de trabalho com um item e; fatores psicossociais com dois itens. As categorias e Subcategorias são aprestadas abaixo, no Quadro 10, que apresenta as categorias que caracterizam dos participantes e as condições de saúde anterior ao afastamento.

Quadro 10 - Caracterização dos Participantes e Condições de Saúde Anterior ao Afastamento

Categorias	Caracterização dos sujeitos	Condições socioeconômicas	Estilo de Vida	Condição de Saúde Anterior ao Afastamento
Subcategorias	Empresa que Trabalha	Faixa Salarial	Fumante	Condição de Saúde Física
	Sexo	Renda Familiar	Consumo de Bebida Alcoólica	Condição de Saúde Psicológica
	Idade	Condições de Moradia	Prática de Exercícios	Condições do Ambiente de Trabalho
	Estado Civil			
Escolaridade				

Fonte: Material construída pela própria autora com base na literatura.

O Quadro 11 - Categorias das trajetórias de afastamento e retorno ao trabalho, apresenta as categorias relativas às características: do

afastamento do trabalho, do retorno ao trabalho e as condições do trabalho exercido no momento da coleta de dados.

Quadro 11 - Categorias das trajetórias de afastamento e retorno ao trabalho

Categorias	Condições do Afastamento	Condições de Retorno ao Trabalho	Condições Atuais		
Subcategorias	Diagnóstico	Tempo em que Retornou ao Trabalho	Condições em que o trabalho é Realizado	Esforço Físico	
	Comorbidade	Mudança de Cargo ou Função		Uso de Medicamentos	Volume de Trabalho
		Jornada de Trabalho			
		Condição de saúde Física	Condições do Ambiente de Trabalho	Estrutura Física do Ambiente de Trabalho	
		Condição de saúde Psicológica	Fatores Psicossociais	Modo de Gestão	
	Condições do Ambiente de Trabalho	Conflitos			

Fonte: Material construída pela própria autora.

3.6.3 Checklist – Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF)

O grau de funcionalidade de cada sujeito foi avaliado, conforme os Componentes: (1) Funcionalidade e Incapacidade no que abrange: (A) Função e Estruturas do corpo; (B) Atividade e Participação. O componente (2) Fatores Contextuais que abrangem: (C) Fatores Ambientais e (D) Fatores Pessoais não foram avaliados com base neste instrumento, uma vez que a entrevista forneceu estes dados. Considerando os objetivos deste estudo, entende-se que a entrevista é a

técnica mais adequada para a coleta de dados no que se refere aos itens que compõe os Fatores Contextuais da CIF. A entrevista permitiu uma análise profunda no que se refere a compreensão singular e subjetiva da própria percepção da capacidade para o trabalho dos trabalhadores. Isso se deve ao fato que por meio da entrevista, estes tiveram a oportunidade de verbalizar suas experiências e demonstrar seus sentimentos, uma vez esta técnica permite o desenvolvimento de uma relação entre entrevistador e entrevistado.

Os dados que caracterizam os aspectos da Funcionalidade e Incapacidade foram lançados em uma matriz segundo os componentes (A) Funções e Estruturas do Corpo e (B) Atividade e Participação. Para cada componente foram atribuídos qualificadores que designam aspectos positivos (funcionalidade) e aspectos negativos (incapacidade) segundo seus respectivos constructos avaliados em cada domínio específico.

No componente (A) Funções e estruturas do Corpo foram avaliadas quanto aos qualificadores alfanuméricos que possibilitam identificar as funções e estruturas do corpo segundo os seguintes domínios: (b1) Funções Mentais subdividida em Funções Mentais Globais e Funções Mentais específicas; (b2) Funções Sensoriais; (b3) Funções Sensoriais de Dor; (b4) Funções do Aparelho Cardiovascular, sistema Hematológico, imunológico e do Aparelho Respiratório; (b5) Funções do Aparelho Digestivo e do Sistema Metabólico e Endócrino; (b6) Funções Geneto Urinarias e Reprodutiva e (b7) Funções Neuromusculoesquelética e funções relacionadas com movimento. Para cada domínio foram atribuídos qualificadores alfanuméricos que permitem a atribuição da qualidade de cada domínio por meio da interpretação do código numérico. A matriz utilizada pode ser visualizada abaixo (Quadro 12).

Quadro 12 - Matriz de Informação das Funções e Estruturas do Corpo

Funções e Estruturas do Corpo				
Domínios			Sistema Interpretativo	
			Código	Qualificador
1	Funções Mentais	Funções Mentais Globais		
		Funções Mentais Específicas		
2	Funções Sensoriais de Dor			
	Funções da Voz e da Fala			
4	Funções do Aparelho Cardiovascular, sistema Hematológico, imunológico e do Aparelho Respiratório			
5	Funções do Aparelho Digestivo e do Sistema Metabólico e Endócrino			
6	Funções Geneto Urinarias e Reprodutiva			
7	Funções Neuromúsculoesqueléticas e funções relacionadas com movimento			

Fonte: Material construído pela própria autora.

Os qualificadores atribuídos para cada categoria que compõem o domínio Função e estrutura do Corpo são: Não há deficiência; Deficiência Ligeira; Deficiência Moderada; Deficiência grave e Deficiência Completa. Após lançados os qualificadores obteve-se a visão geral do indivíduo quanto às respectivas deficiências, disfunção das funções ou estruturas do corpo.

No componente (B) Atividade e Participação os dados foram igualmente avaliadas quanto aos qualificadores alfanuméricos que possibilitam identificar a atividade e participação de cada indivíduo segundo os seguintes domínios: (d1) Aprendizagem e Aplicação do Conhecimento; (d2) Tarefas e Exigências Gerais; (d3) Comunicação; (d4) Mobilidade; (d5) Autos Cuidados; (d6) Vida Domestica; (d7) Interações e Relacionamentos Interpessoais; (d8) Principais Áreas da Vida; (d9) Vida Comunitária, Social e Cívica. A matriz utilizada pode ser visualizada abaixo (Quadro 13).

Quadro 13 - Matriz de Informação: Atividade e Participação

Atividade e Participação			
Domínios		Sistema Interpretativo	
		Desempenho	Capacidade
1	Aprendizagem e Aplicação do Conhecimento		
2	Tarefas e Exigências Gerais		
3	Comunicação		
4	Mobilidade		
5	Auto Cuidados		
6	Vida Domestica		
7	Interações e Relacionamentos Interpessoais		
8	Principais Áreas da Vida		
9	Vida Comunitária, Social e Cívica		

Fonte: Material construído pela própria autora.

A atividade e Participação foram avaliadas segundo o desempenho e a capacidade, com a atribuição de qualificadores para cada categoria do domínio. Os qualificadores atribuídos ao desempenho foram: Nenhuma dificuldade; Dificuldade Ligeira; Dificuldade Moderada; Dificuldade Grave e Dificuldade Completa. Os qualificadores atribuídos para a capacidade foram: Não há Problema; Problema Ligeiro; Problema Moderado; Problema Grave e Problema Completo.

De posse de todos estes dados, os mesmos foram analisados segundo seus componentes para cada indivíduo. Em um segundo momento, foram analisados de forma a agrupar todos os indivíduos participantes da pesquisa. Estas análises forneceram os dados casuísticos e análise global dos sujeitos de pesquisa quanto à funcionalidade ou incapacidade de cada sujeito.

3.6.4 Análise Conjunta dos Instrumentos (ICT, Entrevista e CIF)

Os dados colhidos por meio dos diferentes instrumentos possibilitaram identificar “itens” que compõem a percepção de capacidade para o trabalho e os diferentes graus de funcionalidade de trabalhadores que retornaram ao trabalho, o conjunto de dados colhidos por meio dos distintos instrumentos, foram analisados de modo casuístico para compreensão singular de cada sujeito. Para tanto, os dados de cada sujeito foram lançados em uma matriz de tripla entrada que contém o escore do ICT com a referida interpretação, o grau de funcionalidade e os dados da entrevista.

Em um segundo momento foram analisados o conjunto de dados de todos os sujeitos, em uma matriz de tripla entrada com a referida interpretação, o grau de funcionalidade e os dados da entrevista, o que permitiu compreender a percepção da capacidade para o trabalho de trabalhadores que retornam ao trabalho com diferentes graus de funcionalidade.

Para melhor compreensão dos itens avaliados por meio de cada instrumento, foram elaboradas as (Quadro 14) Categorias Avaliadas em Cada Instrumento.

Quadro 14 - Categorias avaliadas em cada instrumento

Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT)	Classificação Internacional de Funcionalidade e Capacidade	Entrevista
ITENS AVALIADOS		
Capacidade para o trabalho comparada com a melhor de toda vida	Função e estruturas do corpo	Estilo de Vida
Capacidade para o trabalho em relação a exigências físicas	Atividade e Participação	Condição de Saúde: Anterior, Durante e após afastamento.
Doenças atuais diagnosticadas pelo médico	Fatores Contextuais	
Perda estimada para o trabalho por causa de doenças	Fatores Ambientais	Condições de Trabalho
Faltas ao trabalho por doenças no último ano		
Prognóstico próprio da capacidade para o trabalho daqui a dois anos	Fatores Pessoais	Autopercepção; aptidão para o trabalho.
Recursos mentais		

Fonte: Material elaborado pela própria autora.

3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A coleta de dados se deu em encontros individuais, dentro das próprias indústrias, que disponibilizaram um ambiente reservado e com isolamento acústico, a fim de garantir o sigilo das informações.

Desconfortos ocorreram, no decorrer da coleta de dados, uma vez que os sujeitos entraram em contato com conteúdos e situações que poderiam ser consideradas desagradáveis. No entanto, quando ocorreram, a pesquisadora se colocou a disposição para sessões individuais ou encaminhamentos para atendimento, sem custo para o participante. Alguns casos que explicitaram necessidade de acompanhamento profissional, devido a questões emocionais relativas à trajetória de retorno ao trabalho, foram encaminhados para tratamento com psicólogo.

Para preservar a identidade das indústrias e dos sujeitos de pesquisa foram atribuídos nomes fictícios aos mesmos. Para as indústrias foram atribuídos nomes de Elfos originários da mitologia mística germânica da literatura medieval Européia. Nesta literatura os Elfos são descritos como seres luminosos, e os nomes atribuídos foram: Thirthel e Nethorn.

Para os sujeitos de pesquisa foram atribuídos nomes modernos de pessoas portuguesas, de forma a preservar a identidade sexual de cada participante, os nomes atribuídos foram: Celina, Derli, Lília, Lucinda, Oflia, Dinis, Tamara, Tairine, Marilda, Talita e Olívia.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Neste Capítulo serão apresentados e analisados os dados colhidos no decorrer da pesquisa de modo a partir do conhecimento das partes para o todo. Para tanto, o presente Capítulo será subdividido em: Perfil e características Das Indústrias Pesquisadas; Análise casuística, ou seja caso a caso, no que se refere ao objetivo da presente pesquisa e, Análise conjunta das análises casuísticas, que possibilitará a visão da análise global dos dados, de forma a fornecer dados referentes a capacidade, funcionalidade e percepção de capacidade do conjunto de trabalhadores pesquisados.

4.1 PERFIL E CARACTERÍSTICAS DAS INDÚSTRIAS PESQUISADAS

São apresentados dados gerais de cada indústria no que se refere as suas respectivas origens, os processos produtivos adotados, número médio de funcionários, número de afastamentos, de retorno ao trabalho e de funcionários que permanecem em afastamento. Para coleta dos dados mencionados, foi considerado o período dos últimos cinco anos.

Em um segundo momento, são apresentadas as informações sociodemográficas dos entrevistados. Os respectivos dados, são apresentados de forma a contemplar as características subjetivas de cada um, bem como os dados com as convergências e divergências encontradas no conjunto de informações dos entrevistados.

4.1.1 Empresa Thirthel

A primeira indústria têxtil pesquisada foi fundada em 1981 na cidade de Joinville, com o foco na produção de tecido rendado para decoração e toalhas de felpudo. Com o tempo, passou a se especializar na produção do tecido de renda, com exclusividade na estampa localizada no tecido. Possui tecnologia e maquinário de origem Alemã, com teares de sete agulhas por polegada, que permite uma versatilidade na variação da trama que compõe o tecido, possibilitando o desenvolvimento de um portfólio amplo de produtos. Atualmente a produção mês, apenas do tecido rendado, gira em torno de 26 toneladas, o que permite comercializar cerca de 400 produtos de renda em todo território nacional.

A cadeia produtiva se dá por seis processos: *Recebimento da Matéria Prima* (fios); *Urdimento* do fio que compreende a passagem

dos fios para carretéis e cones que alimentarão os teares para o processo de tecelagem; **Tecelagem** que corresponde a fabricação do tecido em teares; **Beneficiamento** corresponde aos processos em que o tecido é submetido com a finalidade de melhorar suas características de cor, acabamento e estampagem. O processo de Beneficiamento compreende três etapas, o tingimento é o processo em que o tecido recebe coloração, a segunda etapa é o recorte e o terceiro a estampagem, processo no qual o tecido é estampado. A **Confecção**, processo onde o tecido é talhado (Cortado) e costurado e **Embalagem**, processo final onde o produto é dobrado e colocado em embalagens específicas para cada tipo de produto.

No que se refere aos dados de campo, a empresa possuía no período entre janeiro de 2010 e dezembro de 2014 uma média de 76,8 funcionários, com um total de 35 afastamentos. Considerando o mesmo período, a empresa registrou um total de 22 trabalhadores que retornaram ao trabalho. A empresa, no mês de dezembro de 2014 contabilizou 13 trabalhadores afastados, conforme (Quadro 15) apresenta os dados relativos aos afastamentos e retorno ao trabalho no período entre 2010 e 2014.

Quadro 15 - Afastamento e Retorno ao Trabalho entre 2010 e 2014: Empresa Thirthel

Ano	Média Funcionários/mês	Afastados (n)	Retornaram(n)	Em Afastamento
2010	35	6	1	13
2011	86	6	0	
2012	99	8	7	
2013	85	9	4	
2014	79	6	10	

Fonte: Dados fornecidos pelo Setor de Recursos Humanos da Empresa Thirthel

Os dados de campo revelam que, entre janeiro de 2010 e dezembro de 2014 de um total de 22 funcionários que retornaram ao trabalho, 13 se desligaram da empresa, dos quais, 5 solicitaram demissão e 8 foram demitidos pela empresa (Quadro 16).

Quadro 16 - Desligamentos da Empresa após retorno ao trabalho: Empresa Thirthel

Desligamentos			
Ano	Á Pedido	Demitidos	Falecido
2010	2	4	0
2011	1	3	0
2012	1	0	1
2013	0	1	0
2014	1	0	0

Fonte: Dados fornecidos pelo Setor de Recursos Humanos da Empresa Thirthel

Considerando os números de retorno ao trabalho no período entre 2010 e 2014 os números de desligamentos da empresa, percebe-se que no mesmo período 13 funcionários retornaram ao trabalho e 13 foram desligados da empresa. Este dado pode sugerir que a remissão do sintoma que ocasionou o afastamento não implica necessariamente na recuperação da capacidade para o trabalho.

4.1.2 Empresa Nethorn

A segunda indústria têxtil pesquisada foi fundada 1999 na cidade de Joinville, com o foco no mercado de decoração. Inicialmente produzia e comercializava tecidos planos utilizados para confecção cortinas. Com o crescimento de vendas de produtos prontos no mercado de decoração, a empresa vislumbrou a possibilidade de confeccionar seus próprios produtos. Com o objetivo de entrar no nicho decoração de alto padrão, adotou o conceito da qualidade de ateliê com alta costura e tecidos diferenciados na produção industrial de cortinas em grande escala. A empresa investiu em tecnologia de máquinas e tecidos, o que possibilita a comercialização de 100 modelos de cortinas, com variação em quatro tecidos nobres e 24 cores e estampas diferenciadas. Atualmente a produção mês gira em torno de 14 mil peças comercializadas com mais de 4.000 clientes em todo território nacional.

O elevado custo envolvido no processo de fabricação de tecidos planos de alto padrão no Brasil impulsionou a empresa a interromper fabricação própria de tecidos e passou a importá-los. Em 2011 a empresa passou a importar quatro modelos de tecidos nobres da Ásia, o que permitiu especializar-se no processo produtivo de confecção de

cortinas e garantir qualidade do produto final. Esta estratégia culminou na redução de custos envolvidos nos processos de fabricação do tecido plano e permitiu a entrada da empresa no mercado de decoração com produto acabado.

Com a estratégia de importação, os tecidos passaram a ser matéria prima utilizados para a confecção e foi possível aprimorar o processo produtivo que compreende as etapas de: **Recebimento da Matéria Prima** os Tecidos importados chegam até a empresa em rolos, são conferidos e enviados ao processo de estamparia; **Estamparia** os rolos de tecidos lisos são alocados em uma máquina e os mesmos recebem estampas, este processo é terceirizado pela empresa; após estampados, os tecidos retornam à empresa e são submetidos à **Talhação** onde o tecido é retirado do rolo e cortado de acordo com o tamanho determinado para fabricação de cada cortina; **Confecção** compreende a costura das abas - partes que formarão a cortina-; **Embalagem** os pares de abas são juntadas, dobradas e embaladas.

Em 2011 quando a empresa iniciou a importação de tecidos já estampados, estes depois de recebidos, entravam diretamente no processo produtivo de fabricação, que inicia com a talhação do tecido e finaliza no processo de embalagem da peça acabada. Em 2012 a empresa constatou que poderia reduzir o custo da matéria prima ao importar tecidos lisos (semi-acabado) e estampar no mercado brasileiro. Como a compra de máquinas de estamparia representam um elevado custo quando comparado com a necessidade de produção da empresa, esta passou a terceirizar a estampagem do tecido, o que possibilitou além da redução de custos, a exclusividade nas estampas dos tecidos que passaram a ser um diferencial da empresa. Em decorrência da aceitação do produto no mercado as vendas aumentaram e os demais processos produtivos que eram desenvolvidos internamente, em 2013, passaram a ser parcialmente terceirizados com o objetivo de adequar a capacidade produtiva à demanda do mercado.

A partir de 2013 a terceirização dos processos produtivos se deu de forma gradual, inicialmente foi terceirizado parte da confecção com quatro Micro Empreendedores Individuais (MEIs), em 2014 foram terceirizados parte do processo de talhação e dobra com uma micro empresa localizada na cidade de Barra Velha SC. Até dezembro de 2014, momento da coleta de dados, a empresa além de manter os processos de talhação, confecção e embalagem internamente terceirizava parte da demanda produtiva, ou seja, parte necessária para a produção do produto final.

No que se refere aos dados de campo, no período entre janeiro de 2010 e dezembro de 2014 a empresa apresentava uma média de 68 funcionários, com um total de 35 afastamentos. Considerando o mesmo período a empresa registrou um total de 25 trabalhadores que retornaram ao trabalho. A empresa até o mês dezembro de 2014 contabilizava 10 trabalhadores que continuam afastados do trabalho, conforme Quadro 17 que apresenta os dados de afastamento e retorno ao trabalho no período entre 2010 e 2014.

Quadro 17 - Afastamento e Retorno ao Trabalho entre 2010 e 2014: Empresa Nethorn

Ano	Média Funcionários/mês	Afastados (n)	Retornaram (n)	Em Afastamento
2010	104	9	7	10
2011	75	8	4	
2012	81	7	5	
2013	47	6	3	
2014	32	5	6	

Fonte: Dados fornecidos pelo setor de Recursos Humanos da Empresa Nethorn

Os dados de campo revelam que entre janeiro de 2010 e dezembro de 2014 de um total de 25 funcionários que retornaram ao trabalho, 17 se desligaram da empresa, dos quais, 6 solicitaram desligamento e 11 foram demitidos conforme apresenta o Quadro 18 que mostra o número de anual de desligamentos da empresa após retorno ao trabalho.

Quadro 18 - Desligamentos da Empresa após Retorno ao Trabalho: Empresa Nethorn

Desligamentos da Empresa Após Retorno ao Trabalho.		
Ano	Á Pedido	Demitidos
2010	2	4
2011	1	3
2012	0	2
2013	3	0
2014	0	2
TOTAL	5	11

Fonte: Dados fornecidos pelo setor de Recursos Humanos da Empresa Nethorn

4.2 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS TRABALHADORES QUE RETORNARAM AO TRABALHO

No Quadro 19 são apresentados as empresas a que pertencem cada sujeito, seguido dos respectivos nomes, idade, estado civil, escolaridade, faixa salarial e condições de moradia de cada participante.

Quadro 19 - Dados Sociodemográficos dos Trabalhadores que retornaram ao Trabalho em ambas as Empresas

Empresa	Nome	Idade	Estado civil	Escolaridade (Ensino)	Faixa salarial	Renda Familiar	Condições de Moradia
Thirthel	Celina	49	Casada	Fundamental	1.200,00	2.700,00	Própria
	Derli	41	Casada	Médio	1.000,00	2.400,00	Alugada
	Dinis	22	Solteiro	Médio	1.300,00	3.000,00	Própria
	Lília	49	Casada	Fundamental	1.100,00	2.700,00	Própria
	Lucinda	46	Divorciada	Médio	1.300,00	1.300,00	Alugada
	Otília	32	Casada	Graduada	1.800,00	4.000,00	Própria
	Tairine	42	Casada	Fundamental	1.300,00	2.700,00	Própria
Nethorn	Tamara	36	Divorciada	Médio	1.200,00	1.200,00	Própria
	Marilda	25	Solteira	Fundamental	1.500,00	3.000,00	Alugada
	Olívia	43	Solteira	Médio	1.500,00	1.500,00	Alugada
	Talita	34	Casada	Médio	1.300,00	2.600,00	Própria

Fonte: Material elaborado pela própria autora com base nas Informações pesquisadas.

Os dados revelam que na empresa Thirthel sete dos oito sujeitos são do sexo feminino e apenas um do sexo masculino, ressalta que esta é uma característica do setor Têxtil que a mão de obra é formada, sobretudo por mulheres (Torres et al., 2012).

A idade em que há maior número de trabalhadores que retornaram ao trabalho encontra-se entre 41 e 49 anos com média de 39 anos de idade. A maioria é casada, com ensino médio, com faixa salarial entre 1.000,00 e 1.300,00 e possuem moradia própria. A faixa salarial familiar varia entre 1.000,00 e 4.000,00 reais mensais, dos quais duas pessoas recebem salários entre 1.000,00 e 2.000,00 reais, cinco encontram-se na faixa salarial familiar entre 2.001,00 e 3.000,00 e uma na faixa de 4.000,00 reais.

Na empresa Nethorm os três sujeitos participantes da pesquisa são do sexo feminino, com idades de 25, 34 e 43 anos com média de idade de 38 anos, das quais duas são solteiras e uma casada, duas com ensino médio e uma com ensino fundamental, com faixa salarial entre 1.300,00 e 1.500,00, duas possuem moradia própria e uma moradia alugada. A faixa salarial familiar varia entre 1.300,00 a 3.000,00, sendo uma abaixo de 2000,00 e duas apresentam renda familiar na faixa de 2.001,00 e 3.000,00 reais mensais.

Considerando os dados das duas empresas em conjunto Quadro 18, 10 das 11 pessoas entrevistadas são do sexo feminino, o que representa 90,9% dos sujeitos entrevistados. A faixa etária de seis pessoas encontra-se entre 41 e 49 anos de idade, sendo que a média de idade é de 38 anos, no que se refere ao estado civil seis são casados, quanto a escolaridade seis possuem ensino médio, sendo que um incompleto e cinco completo, seguido do ensino fundamental completo com quatro pessoas e, graduação com apenas uma pessoa. A faixa salarial apresenta média de R\$ 1.318,18 reais mensais.

4.3 DESCRIÇÃO DOS CARGOS DAS PESSOAS QUE RETORNARAM AO TRABALHO

Neste item serão apresentadas as descrições Sumárias dos cargos das pessoas que retornaram ao trabalho, segundo Laudo Técnico de Condições Ambientais de Trabalho fornecidas pelas próprias empresas. No Quadro 20 são apresentados todos os cargos ocupados por trabalhadores que retornaram ao trabalho, com sua respectiva descrição. A descrição dos cargos permite compreender as atividades inerentes aos

cargos ocupados pelos trabalhadores que retornaram ao trabalho e participaram da pesquisa.

Quadro 20 - Descrição dos Cargos Ocupados por Trabalhadores que Retornaram ao Trabalho em ambas as Empresas

Cargo	Descrição Sumária dos Cargos
Zeladora	Efetuar limpeza de toda a área da empresa, varrendo, lavando e tirando o pó. Executar a higienização e desinfecção dos ambientes de trabalho, cozinha e banheiros. Armazenar corretamente os gêneros alimentícios. Aplicar os princípios básicos de limpeza, higiene e aproveitamento de alimentos. Preparar café, chá e sucos e servir quando solicitado e distribuir para os devidos setores. Manter a copa limpa e arrumada, lavando, enxugando e guardando os utensílios adequadamente.
Auxiliar de Embalagem	Abrir as peças, revisar, cortar os fios, colocar encarte de papelão, dobrar e embalar. Colocar etiquetas conforme especificações do produto. Contar e anotar a produção do dia. Retirar as peças com imperfeições, dobrar, contar e reservar, colocando em caixas separadas.
Costureira	Passar o tecido na máquina de faca, para limpeza da peça. Costurar as peças talhadas, fazendo bainha e colocando etiqueta conforme tamanho. Costurar a o tecido conforme medida definida. Anotar, a produção e reservar, para o andamento do processo.
Analista de Programação e Controle de Produção (PCP)	Elaborar a programação e controle de produção, alimentar planilhas, fazer lançamentos e relatórios, obter índice de produtividade e refugo, lançar no sistema informações dos produtos semi-acabados e acabados, ajudar no planejamento da produção, gerar ordem de fabricação para produção, realizar acompanhamento da produção, auxiliar na análise da capacidade de produção, definir cronograma e prioridades. Atualizar registros e controles internos, dar auxílio ao controle da produção interna do corte das peças, até a entrada do produto acabado na expedição e no estoque de produto junto ao supervisor, realizando sempre o acompanhamento do estoque.

Auxiliar de Compras	Assegurar o controle de compras em relação ao controle de estoque. Auxiliar na realização de cotações com fornecedores, pedidos de compras, requisitar liberação do pedido de compras, garantindo o abastecimento de insumos no processo produtivo. Auxiliar na logística interna de materiais. Receber os materiais entregues pelos fornecedores, conferindo as notas fiscais com os pedidos, verificando quantidades, qualidades e especificações.
Tecelão	Examinar o tecido que está sendo produzido conforme programação de modo a verificar imperfeições. Organizar o setor, deslocar as caixas de fio para as gaiolas. Operar as máquinas, passando fio e fazendo os consertos necessários. Remover carretéis vazios, colocando novamente carretéis cheios. Marcar metragem da produção, verificar a programação de produção, fazer inspeção das máquinas, verificando se as mesmas estão trabalhando sem defeito. Quando certificar falhas, desligar as máquinas, verificar qual tipo de defeito, providenciar consertos. Ligar novamente, cuidando para que não haja mais falhas. Programar desenhos conforme orientação do PCP. Manter a máquina funcionando com qualidade, fazendo manutenção necessária, como troca de componentes. Retirar os rolos de renda da máquina e reservar para o próximo processo. Limpar as máquinas.
Beneficiadora	Abrir os rolos, esticar o tecido da, para elevar na altura da barra de rolagem da máquina. Posicionar marcador ou pirógrafo, no centro da peça, para dar continuidade ao processo. Iniciar pisando no pedal, para rolagem da peça, para recorte ou marcação de falhas. Anotar a falha ou metragem do tecido, quantidade de metros e fechar possíveis falhas. Terminar a revisão ou recorte, colocando fitas, com metragem totais. Recortar a renda com tesoura, para tirar possíveis falhas. Anotar na ficha de controle de produção, entrada e saídas dos rolos. Revisar, recortar, enfiar os tecidos de renda.
Revisora	Coletar os rolos de tecido cru já produzido, seguindo programação de prioridades. Encaixar rolo na barra de rolagem da máquina. Abrir o rolo e esticar o tecido da renda para fixação na barra. Acionar o pedal para rolagem do tecido, revisando e consertando possíveis falhas. Formar lotes, pesar, embalar, anotar produção e reservar para a tinturaria.

Fonte: Material elaborado pela autora com base nos dados do Laudo Técnico de Condições Ambientais de Trabalho das Empresas.

4.4 TRAJETÓRIAS DE RETORNO AO TRABALHO E CONDIÇÃO DE SAÚDE

Neste tópico são apresentadas as informações das trajetórias de retorno ao trabalho de trabalhadores que retornaram às atividades laborais, bem como suas respectivas condições de saúde. Para tanto, são apresentados conteúdos das narrativas dos sujeitos durante a entrevista que representam as percepções da capacidade para o trabalho e, o grau de capacidade para o trabalho colhido por meio do ICT e os dados da CIF, que no conjunto permitem avaliar a percepção de capacidade para o trabalho, o grau de capacidade para o trabalho e o grau de funcionalidade de cada trabalhador (análise Casuística).

Para compreender as trajetórias de retorno ao trabalho e as condições de saúde dos trabalhadores que retornaram às atividades laborativas, foram destacados acontecimentos relevantes para o sujeito e para a pesquisadora das informações individuais.

4.4.1 Celina – Empresa Thirthel

Tem 49 anos de idade, ensino fundamental completo, faixa salarial de 1.200,00 reais e faixa salarial familiar de 2.700,00. É casada há 25 anos, reside em casa própria com marido e duas filhas. É mãe de três filhas mulheres, uma casada, com 22 anos que reside na mesma cidade e outras duas que residem com Celina, uma com 15 anos e outra com 12 anos.

Celina começou a trabalhar com 15 anos em casas de famílias, pois devido às condições financeiras da família de origem, precisava ajudar nas despesas. Permaneceu trabalhando como diarista durante 10 anos, não era registrada e trabalhava em quatro casas durante a semana. Aos 25 anos começou a trabalhar em um comércio como zeladora, onde permaneceu por cinco anos. Neste período casou e teve a primeira filha, para trabalhar deixava a filha com a vizinha.

No decorrer da sua trajetória de vida laboral sempre trabalhou e cuidou dos afazeres domésticos, como limpeza da casa, roupas e cuidado dos filhos. Celina se emocionou ao contar sobre sua trajetória profissional, pois afirmou que foi difícil, devido a problemas com o marido que consumia bebidas alcoólicas. A entrada na empresa atual se deu por que Celina trabalhou na casa do dono da empresa Thirthel como doméstica e babá durante três anos. Surgiu uma oportunidade de trabalhar como zeladora na empresa onde trabalha atualmente, e desde então, permanece no cargo, há dez anos.

Quanto às condições da trajetória profissional e condições de saúde, Celina relatou que começou a sentir dores nas costas há quatro anos, foi inúmeras vezes no médico e na maioria das vezes recebeu receitas de medicamentos para dor. Faz tratamento há quatro anos, faz uso medicamentos, fazia fisioterapia, mas por questões financeiras deixou de fazer. *“As dores começaram mais ou menos há quatro anos, desde que as dores começaram, começou também o sacrifício de ir em médico, fazer exames, gastar com remédios e nada resolve”*(sic).

Durante estes quatro anos recebeu inúmeros atestados e teve várias faltas ao trabalho. Relata que uma vez, há cerca de dois anos atrás, as dores na coluna eram intensas, então recebeu um atestado de 60 dias do médico especialista, mas o INSS não concedeu o benefício de auxílio doença. Como não tinha condições de trabalhar, conversou com o dono da empresa que lhe pagou os dias de atestado para que pudesse cuidar da saúde e permanecer em casa.

“Graças a Deus que eu já conhecia o dono, como trabalhei com ele, ele já me conhece e me ajudou bastante. Ele tem o coração mole. Hoje que a empresa cresceu eu não ia ter essa chance” (sic).

Depois retornou as atividades de zeladora, mas as dores permaneciam. Conforme a atividade que realizava e o clima a intensidade da dor aumentava.

“Quando eu voltei a trabalhar sentia dor muito forte, quando tava pra chuva eu não aguentava de dor... quando eu tinha que fazer a limpeza do escritório, que fazia na sexta, eu passava sábado e domingo deitada” (sic)

Permaneceu trabalhando por mais seis meses, foi novamente ao médico e recebeu atestado de 45 dias, passou por perícia no INSS e recebeu o benefício. Após os 45 dias de afastamento, ao passar por nova perícia o benefício foi negado e retornou ao trabalho. Celina afirma que ainda que o direito ao benefício de Auxílio Doença tivesse sido negado às dores permaneciam. Permaneceu trabalhando, realizando consultas no posto de saúde e tomando medicamentos, quando as dores eram insuportáveis, pois não adiantava tentar novos afastamentos.

No período que precedeu ao afastamento do qual retornou, Celina relatou que a sua condição de saúde era péssima, pois as dores na

coluna, braços e pernas eram constantes e, muitas vezes, chorava de dor durante o trabalho. O sentimento que experimentava era de angústia e abandono por parte do governo.

“Eu me sinto abandonada, esse INSS sinceramente não serve pra nada. Quando a gente precisa, eles não fazem nada, na época de política todo mundo promete, depois tá aí o que a gente recebe em troca (sic)”.

Relata que não estava satisfeita com a função, uma vez que lhe ocasionava dores, mas estava satisfeita com a chefia que sempre tentava ajudá-la. *“Eu gosto do meu patrão, mas o serviço que faço está pesado para mim, mas sem estudo, o que me resta? (sic).”*

No final de 2012 as dores ficaram cada vez mais frequentes e intensas e passaram a impedir que realizasse atividades diárias como varrer a casa, lavar a louça e passar roupas. Recebeu um atestado de três meses, que foi validado e reconhecido o direito ao benefício pelo INSS. Ao final do afastamento, retornou para as atividades laborativas por cinco dias, quando consultou novamente com especialista que atestou mais seis meses de afastamento e, ao passar por perícia no INSS foi reconhecido o direito ao benefício de auxílio doença.

Ao final do sexto mês de afastamento, em consulta periódica, recebeu atestado por mais três meses, e ao passar por perícia no INSS o direito ao benefício não foi reconhecido. Sem o direito ao benefício e com condições de saúde que não permitiam a execução das atividades laborativas, entrou com recurso no INSS, o que foi novamente negado. Diante da situação desfavorável e do comprometimento da saúde, entrou com pedido de recurso junto a um advogado, que após abertura e tramites do processo foi reconhecido o direito ao benefício. Ao final dos últimos três meses de afastamento Celina retornou às atividades.

Celina permaneceu em afastamento das atividades no período de um ano, como diagnóstico do afastamento de Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com radiculopatia (CID M 51.1), com comorbidade Síndrome do Manguito Rotador (CID M 75.1). Durante a trajetória laborativa teve reincidência no afastamento pelo mesmo diagnóstico, sem passar por programas de reabilitação, mas realizou inúmeras consultas médicas e permanece fazendo uso de medicamentos.

O retorno ao trabalho ocorreu dois meses anteriores a coleta de informações desta pesquisa, não houve mudança de função e permanece

como zeladora, as dores persistem de maneira frequente. Celina ao falar sobre seus sentimentos afirmou que

“Não me sinto bem para retornar ao trabalho, o que eu mais queria era poder trabalhar e não sentir dores. Peço a Deus todos os dias que me de saúde para trabalhar, mas não consigo nem fazer coisas simples como lavar a louça do café sem sentir dor... As pessoas me olham como se eu não quisesse fazer meu trabalho e me sinto mal por não poder fazer e pelo o que pensam de mim”(sic).

Quanto às condições nas quais o trabalho é realizado, Celina relatou que o esforço físico inerente a sua atividade e o volume de trabalho diário é muito grande. Quanto ao estilo de vida a participante, não é fumante, não consome bebidas alcoólicas e pratica exercícios físicos eventualmente quando faz breves caminhadas até o mercado ou à casa da filha. Ainda que tenha apontado interesse na prática de exercícios físicos, afirmou que não há possibilidade, uma vez que tem problemas graves na coluna e sente muitas dores que se estendem para as pernas e braços.

Os dados colhidos por meio do ICT revelam que Celina apresenta quatro doenças que foram diagnosticadas pelo médico, e são elas: lesão nas costas, lesão em braços e mãos, lesão nas pernas e distúrbio emocional severo em sua opinião, além das doenças diagnosticadas pelo médico, possui infecção no trato respiratório, sinusite crônica e gastrite. Ao comparar a capacidade de trabalho atual com a melhor de toda vida considera que se encontra no pior índice de capacidade para o trabalho, qualificado como muito baixa capacidade. Em sua opinião encontra-se totalmente incapacitada para o trabalho. Aponta como improvável ter capacidade para o trabalho daqui a dois anos. No instrumento apresentou escore de 20 que corresponde à baixa capacidade para o trabalho.

Os dados colhidos por meio do Checklist da CIF apontam que no componente: Funções e Estruturas do Corpo, no que se refere à Estrutura do Corpo, não foram identificadas deficiências, mas foram identificadas dificuldades em executar atividades relacionadas às Funções do Corpo no que pertencente a (b7) Funções Neuromusculoesquelética e funções relacionadas com movimento. As deficiências qualificadas como completas nesta categoria estão

relacionadas à Força Muscular (b730.4); Tônus Muscular (b735.4) e a Resistência Muscular (b740.4). As deficiências desta categoria qualificadas como Moderadas estão relacionadas a Reflexos Motores (b750.2) e Controle do Movimento Voluntário (b760.2). Nas Funções Mentais Especificas há Moderada deficiência da Memória (b144.2).

Não foram identificadas deficiências no que se refere a estrutura ou função do (b4) do Aparelho Cardiovascular, sistema Hematológico, imunológico e do Aparelho Respiratório; (b5) Funções do Aparelho Digestivo e do Sistema Metabiológico e Endócrino e (b6) Funções Geneto Urinarias e Reprodutiva.

No componente Atividade e Participação no domínio (d2) Tarefas e Exigências Gerais foram pontuados problemas qualificados como graves em Levar a Cabo uma Tarefa Única (d210.3) e Levar a Cabo tarefas Múltiplas (d220.3). Ainda neste domínio apresentou problema Moderado em Levar a Cabo Rotina Diária (d230.2). No domínio (d4) Mobilidade apresentou Problema Ligeiro no que se refere à capacidade de Utilização da Mão e Braço (d445.1) e no domínio (d6) Vida Doméstica apresentou dificuldade Moderada no que se refere ao desempenho em Realizar Trabalho Doméstico (d640.2).

Não foram identificadas dificuldades em questões relacionadas à (d1) Aprendizagem e Aplicação do Conhecimento; (d3) Comunicação; (d5) Auto Cuidados; (d7) Interações e Relacionamentos Interpessoais; (d8) Principais Áreas da Vida e (d9) Vida Comunitária, Social e Cívica.

De posse conjunta dos dados de Celina é possível verificar que a mesma apresenta baixa capacidade para o trabalho e sua percepção em relação a sua própria capacidade também é baixa. Possui deficiência que varia entre Moderada e Completa em Funções do Corpo no que se refere a Funções Neuromusculoesquelética e funções relacionadas com o movimento no que se refere à Força Muscular; Tônus Muscular e a Resistência Muscular, Reflexos Motores e Controle do Movimento Voluntário. Nas Funções Mentais Especificas há Moderada deficiência da Memória. No componente Atividade e Participação apresenta problemas graves em tarefas e Exigências gerais no que se refere a execução de tarefas. Em questões que envolvem a mobilidade apresentou Problema Ligeiro no que se refere a capacidade de Utilização da Mão e Braço e dificuldade Moderada no que se refere ao desempenho em Realizar Trabalho Doméstico.

Diante do exposto, e dos dados fornecidos pelo ICT, é possível concluir que Celina possui baixa capacidade para o trabalho, o que resulta na percepção de incapacidade para o trabalho. Celina apresenta funcionalidade para atividades em que não demandam esforço físico,

tais como atividades que utilizam de funções mentais gerais. Considerando atividades inerentes ao cargo atual, Celina não teria capacidade e nem funcionalidade para desenvolvê-lo. A síntese da relação entre percepção de capacidade para o trabalho, capacidade, funcionalidade e incapacidade, colhidas por meio dos instrumentos citados, podem ser visualizados no Quadro 21.

Quadro 21 - Síntese das Informações de Percepção, Capacidade, Funcionalidade e Incapacidade (Celina – Empresa Thirthel)

Percepção de Capacidade para o trabalho	Capacidade Para o Trabalho	Funcionalidade	Incapacidade
Não tem Capacidade	Baixa	Atividades que não demandam esforço físico.	Relacionada a atividades que demandam esforço físico e movimentação corporal ligadas as funções Neuromusculoesquelética

Fonte: Análise conjunta das Informações fornecidas pelos instrumentos de pesquisa (Entrevista, ICT e CIF).

4.4.2 Lucinda – Empresa Thirthel

Lucinda nasceu no Maranhão e está em Joinville há cinco anos, veio para a cidade em busca de emprego. Tem 46 anos de idade, divorciada há um ano e meio, mãe de três filhos, dos quais um é do sexo masculino e duas do sexo feminino. Reside em apartamento alugado com uma das filhas, que está afastada do trabalho a três meses devido à depressão. Lucinda possui ensino médio incompleto, faixa salarial de 1.300,00. No que se refere ao estilo de vida é fumante, raramente consome bebida alcoólica e não pratica exercícios físicos.

No Maranhão trabalhava em um comércio na venda de peixes e verduras, em Joinville trabalha como zeladora da empresa Thirthel há quatro anos e meio. Ao falar sobre as condições de saúde anterior ao afastamento relata que as dores no joelho começaram após cinco meses de trabalho, mas não considera que a doença tenha sido em decorrência do trabalho, pois segundo seu médico a doença tem relação com o envelhecimento.

“Comecei a trabalhar aqui estava boa, depois de uns cinco meses, comecei sentir dores nos joelhos, fui no médico e ele me falou que meu problema é porque meu corpo não produz um tecido que fica na cartilagem por causa da idade (sic)”.

As dores começaram aos poucos, inicialmente doía em dados momentos, mas com o tempo foram tornando-se mais intensas e freqüentes. Neste período relata ter tido várias faltas ao trabalho devido às dores que passaram a ser constantes. O trabalho exigia esforço físico, como subir escadas, andar e agachar-se, e as dores aumentavam e desencadeavam sentimento de impotência e tristeza, pois achava que estava com câncer no joelho.

“No começo não doía tanto, depois começou a doer mais forte e quase todo dia, doía para subir estas escadas [...] Eu chorava porque a gente não pode fazer nada além de ir no médico [...] achava que estava com câncer no joelho. Na minha família já morreram parentes de câncer e diz que essa doença passa de geração” (sic).

As dores freqüentes fizeram com que ficasse insatisfeita com o trabalho, ainda que tivesse um relacionamento excelente com pares e chefia. *“Não tem como trabalhar na limpeza sem forçar o joelho, quando forço, quando me abaixo ou ergo a perna dói e isso fez com que eu não gostasse mais de trabalhar na limpeza” (sic).* Lucinda foi inúmeras vezes ao médico, fez vários exames e fisioterapia, mas continuava trabalhando, quando sentia muita dor se dirigia até o posto de saúde e recebia atestados de curtos períodos e chegou a ficar afastada do trabalho por vinte dias. Como não obteve melhora com os tratamentos, recebeu atestado de 3 meses do médico especialista, passou por perícia no INSS e foi concedido o benefício de auxílio doença. O diagnóstico do afastamento foi Gonartrose (Artrose) Primária Bilateral (CID M 17.0).

No final do terceiro mês de afastamento realizou nova consulta recebeu atestado de mais três meses, passou por nova perícia que concedeu o direito ao benefício de auxílio doença. No final do sexto mês passou por nova consulta médica que atestou mais três meses, novamente passou por perícia no INSS que lhe concedeu novamente o

benefício. Lucinda ficou no total 9 meses afastadas, e durante este período deu continuidade ao tratamento.

Ao retornar ao trabalho passou a exercer a função de auxiliar de embalagem, uma vez que a função de zeladora exigia esforço físico que prejudicava a condição de saúde. *“Quando voltei do afastamento, a menina dos RH me colocou para trabalhar na embalagem, porque quando eu voltei não tava boa ainda”* (sic). No momento da coleta de dados havia retornado ao trabalho há três meses. As dores e sintomas da Gonartrose (Artrose) Primária Bilateral, doença pela qual foi afastada se faziam presentes de forma frequente.

Ao retornar ao trabalho percebia sua condição de saúde como ruim, pois, segundo sua opinião, não tinha condições de retornar ao trabalho, mas segundo a avaliação médica estava apta ao retorno. Lucinda relatou que

“Eu retornei ao trabalho por que o médico falou que eu tinha condições de trabalhar, mas eu sei a dor que sinto. Eu mudei de função, não tenho que fazer esforço físico como antes, mas fico o dia todo em pé e dói. Na empresa todas as funções que eu posso fazer são feitas em pé” (sic).

Considera que tem um grande volume de trabalho diário para executar. Faz horas extras frequentemente, pois segundo a mesma, apenas o salário é pouco e não possibilita que todas as contas sejam pagas. *“Eu ganho pouco, sabe como é manter uma casa sozinha, eu tenho luz, água e aluguel, só aí já foi meu salário. Sem contar a comida, eu faço hora extra para conseguir pagar as contas”* (sic). Considera bom o ambiente de trabalho, ainda que às vezes existam conflitos entre pares, considera a forma a gestão excelente. De modo geral considera que está apta para a função que executa.

Nos dados obtidos por meio do ICT é possível verificar na comparação da capacidade atual para o trabalho frente à melhor fase da vida, apresentou boa capacidade para o trabalho, e considera a sua capacidade atual para o trabalho como boa. Tem três doenças diagnosticadas pelo médico no que se refere a: Lesão em braços e mãos; lesão nas pernas e pés e cisto nos ovários. Em sua opinião possui Lesão nas costas; Doença musculoesquelética nas pernas, distúrbio emocional Leve e lesão nas pernas e pés. Em relação ao trabalho que executa, considera que, embora o mesmo lhe cause lesões, é capaz de executá-lo. Ao considerar a capacidade futura para o trabalho julga que é

improvável que consiga desenvolvê-lo daqui dois anos. Considerando a pontuação obtida no ICT, o escore geral foi de 34 que representa moderada capacidade para o trabalho.

Os dados obtidos através do Checklist da CIF mostram que no componente Funções e Estruturas do Corpo, no domínio (b1) Funções Mentais Globais apresentou Deficiência Ligeira no que se refere às funções Psicossociais Globais (b122.1) e Personalidade e Temperamento (b126.1). Nas funções mentais específicas apresentou deficiência ligeira na Atenção (b140.1). Deficiência moderada nas funções de memória (b144.2); Emocionais (b152.2) e Percepção (b156.2). No domínio (b2) Funções Sensoriais de Dor, no que se refere a Visão, apresenta deficiência Moderada (b210.2). No domínio (b3) Funções da Voz e da Fala apresenta deficiência Moderada, no que se refere às Articulações (b320.2) e Deficiência Ligeira na Fluência e Ritmo da Fala (b330.1). No domínio (b7) Funções Neuromusculoesquelética e funções relacionadas com movimento apresentou Deficiência Moderada quanto à Mobilidade das Articulações (b710.2) e Articulações (b715.2).

Não apresentou deficiências relacionadas ao Aparelho Cardiovascular, sistema Hematológico, imunológico e do Aparelho Respiratório; (b5) Funções do Aparelho Digestivo e do Sistema Metabiológico e Endócrino e (b6) Funções Geneto Urinárias e Reprodutivas.

No Componente Atividade e Participação no domínio (d4) Mobilidade apresentou problema ligeiro relacionado ao desempenho no que se refere a Manter a Posição do Corpo (d410.1) e Mover Objetos com Membros Inferiores (d430.1). No domínio (d6) Vida Doméstica apresentou dificuldade ligeira no que se refere à realização do trabalho doméstico (d640.1).

Não apresentou dificuldades no que se refere a (d1) Aprendizagem e Aplicação do Conhecimento; (d2) Tarefas e Exigências Gerais; (d3) Comunicação; (d5) Auto Cuidados; (d7) Interações e Relacionamentos Interpessoais; (d8) Principais Áreas da Vida e (d9) Vida Comunitária, Social e Cívica.

A análise conjunta dos dados revela que Lucinda tem boa percepção de capacidade para o trabalho e moderada capacidade para o trabalho. Apresenta deficiências Moderadas nas funções e estruturas do corpo às funções Neuromusculoesqueléticas e funções relacionadas com movimento, das quais resultam em problemas relacionados a Mobilidade; Posição do Corpo; Mover Objetos e Vida Doméstica. Estes dados indicam a presença de incapacidade para atividades que

demandam esforço físico e exigem movimento corporal e capacidade e funcionalidade para atividades que não demandam esforço físico relacionado ao movimento corporal.

Para melhor compreensão, são sintetizadas no Quadro 22 as informações colhidas por meio da entrevista, ICT e CIF relacionadas a percepção de capacidade, capacidade para o trabalho e funcionalidade.

Quadro 22 - Síntese das Informações de Percepção, Capacidade, Funcionalidade e Incapacidade (Lucinda – Empresa Thirthel)

Percepção de Capacidade para o trabalho	Capacidade Para o Trabalho	Funcionalidade	Incapacidade
Boa	Moderada	Atividades que não demandam esforço físico e movimentação corporal	Relacionada a atividades que demandam esforço físico e movimentação corporal ligadas as funções Neuromuscularesquelética.

Fonte: Análise conjunta das Informações fornecidas pelos instrumentos de pesquisa (Entrevista, ICT e CIF).

4.4.3 Derli – Empresa Thirthel

Derli tem 41 anos de idade, reside em Joinville, ensino médio, faixa salarial de 1.000,00, e faixa salarial familiar de 2.400,00 e moradia própria. É casada há 26 anos, mãe de uma menina de seis meses. Não é fumante, não consome bebida alcoólica e não pratica exercícios físicos.

Derli e seu esposo gostariam de ter um filho, ela engravidou duas vezes e sofreu aborto devido às diabetes e problemas que ocorreram durante a gestação. Na terceira vez que engravidou a gestação se manteve até o parto.

“Eu e meu marido sempre quisemos ter um filho, mas sempre que eu engravidava perdia [...] quando a gente desistiu de ter nosso filho e resolvemos adotar, já tinha colocado o nome da lista de adoção, daí engravidei e fui até o final [...] parece uma coisa, quando eu queria não

dava certo, depois no nada, deu certo, engraçado né” (sic).

O afastamento do trabalho se deu devido à gravidez de alto risco (CID Z 35) com comorbidade de Diabetes Mellitus na Gravidez (CID O24). Derli ficou afastada do trabalho durante seis meses e, no momento da coleta de dados, havia retornado ao trabalho há 20 dias. Ao retornar ao trabalho recebeu diagnóstico de Depressão pós-parto, motivo pelo qual ficou mais dez dias afastada do trabalho.

Anterior ao afastamento não sentia dores, mas sentia desconfortos e quedas de pressão. Sentia-se satisfeita em relação ao trabalho e função e tinha bom relacionamento com pares e chefias.

Ao retornar ao trabalho voltou a exercer a mesma função, auxiliar de embalagem manifestou presença eventual de desconforto, mal estar e sentimentos de tristeza. Relatou que chegou a se arrepender de ter engravidado, pois considera difícil a situação de trabalhar, cuidar da criança e da casa.

“Ai guria, acho que eu nem devia falar isso, não presta, mas às vezes eu me arrependo de ter engravidado, eu não imaginei que as coisas eram tão difíceis [...] ter que trabalhar, deixar ela com parentes chorando, que creche eu não consegui, e ainda cuidar da casa [...] (sic).

Relata que não se sente bem ao ter que retornar ao trabalho, que não teria condições psicológicas e emocionais de retornar ao trabalho, mas encontra-se satisfeita com a função que exerce.

“Gosto do que faço, mas tenho passado por poucas e boas, ando só chorando com uma angustia e tristeza que nem eu sei do que, ultimamente não sei nem como não me separei, não sei como ele me agüenta, tudo me irrita e eu desconto nele” (sic).

Afirma que devido a sua condição de saúde psicológica tem se gerado conflitos com pares e chefia.

No que se refere às condições em que o trabalho é realizado afirmou que seu trabalho exige pouco esforço físico e o volume de trabalho é reduzido. Ressalta que o ambiente de trabalho oferece boas condições quanto às estruturas, mas em relação à equipe de trabalho

relata a que existem conflitos frequentes, tais como desentendimentos, entre pares e chefias.

As informações colhidas por meio do ICT revelam que considera que possui lesão em pernas e pés. Percebe-se capaz de realizar o trabalho, mas ele lhe causa alguns sintomas. Analisa como bastante provável que tenha capacidade para o trabalho daqui a dois anos. Apresentou escore geral de 42 que representa Boa capacidade para o trabalho.

Os dados obtidos por meio do Checklist da CIF revelam que no componente Função e Estrutura do Corpo, no domínio (b5) Funções do Aparelho Digestivo e do Sistema Metabólico apresenta deficiência grave no que se refere a funções relacionadas com a digestão (b515.3).

Não foram apresentadas deficiências relacionadas a (b1) Funções Mentais; (b2) Funções Sensoriais de Dor; (b3) Funções da Voz e da Fala; (b4) do Aparelho Cardiovascular, sistema Hematológico, imunológico e do Aparelho Respiratório; (b6) Funções Geneto Urinárias e Reprodutiva (b7) Funções Neuromusculoesquelética e funções relacionadas com movimento.

No domínio Atividade e Participação não foram pontuadas dificuldades, o que indica capacidade e funcionalidade no que se refere a (d1) Aprendizagem e Aplicação do Conhecimento; (d2) Tarefas e Exigências Gerais; (d3) Comunicação; (d4) Mobilidade; (d5) Autos Cuidados; (d6) Vida Domestica; (d7) Interações e Relacionamentos Interpessoais; (d8) Principais Áreas da Vida e (d9) Vida Comunitária, Social e Cívica.

De posse dos dados de forma geral é possível concluir que apresenta boa percepção da capacidade, possui boa capacidade para o trabalho, não possui incapacidade relacionada às áreas avaliadas. É possível concluir que Derli, embora relate transtorno depressivo, apresenta capacidade e funcionalidade em relação às áreas avaliadas. A síntese das informações de percepção, capacidade e funcionalidade são apresentadas no Quadro 23.

Quadro 23 - Síntese das Informações de Percepção, Capacidade, Funcionalidade e Incapacidade (Derli – Empresa Thirthel)

Percepção de Capacidade para o trabalho	Capacidade Para o Trabalho	Funcionalidade	Incapacidade
Boa	Boa	Atividades que envolvem funções físicas, mentais, sociais e mobilidade	Não foram encontradas

Fonte: Análise conjunta das Informações fornecidas pelos instrumentos de pesquisa (Entrevista, ICT e CIF).

4.4.4 Lília - Empresa Thirthel

Lília possui 49 anos, ensino fundamental, faixa salarial de 1.100,00 e faixa salarial familiar de 2.700,00. Não é fumante, não consome bebida alcoólica e não pratica exercícios físicos. Mora em residência própria com esposo e, não têm filhos.

Trabalha na empresa atual há sete anos na função de costureira. Foi afastada do trabalho com o diagnóstico de Neoplasia Maligna da Porção Central da Mama (CID C 50.1) com comorbidade de Episódio Depressivo Moderado (CID F32.1). Ficou afastada do trabalho durante um ano.

Em momento anterior ao diagnóstico de Neoplasia relata que nunca teve problemas de saúde, sempre trabalhou e cuidou dos afazeres domésticos. Não costumava ir ao médico para exames de rotina. Certo dia, sentiu um caroço na mama, foi ao médico que lhe encaminhou para realização de exames. Ao receber o diagnóstico relata que

“Meu chão caiu quando médico me falou que eu estava com câncer. No início não acreditei, pensei que não era possível, mas com o passar dos dias foi caindo a ficha. Fiquei revoltada com tudo e com todos. Deus? Onde ele estava? Porque comigo?”(sic).

Não queria que os colegas de trabalho soubessem da sua doença, como estava abalada emocionalmente com a notícia não gostaria de ter que dar explicações sobre o assunto. *“No começo eu não queria que*

ninguém soubesse, porque aqui na empresa, todo mundo quer saber das coisas pra ficar comentando e eu não queria ficar explicando o que eu tinha pra todo mundo” (sic). Informou apenas ao RH da empresa sobre seu diagnóstico e a necessidade de ausentar-se do trabalho para consultas e exames. “Eu falei só para menina do RH, por que tinha que ir fazer direto e faltar no serviço” (sic).

O tratamento durou um ano, período no qual realizou sessões de radioterapia e quimioterapia. Relata que os cabelos caíram e sentia-se triste e desconfortável com a aparência.

“Eu sofri muito com o tratamento, perdi meus cabelos, sobrancelhas, tudo, com a radioterapia e quimioterapia [...] No começo eu chorava e não queria que ninguém me visse, depois fui me acostumando e ate ganhei uma peruca, mas era estranha” (sic). Fez cirurgia para retirada da mama esquerda. “Eu tive que tirar seio, fiquei reta, ganhei um sutiã com enchimento para usar até ganhar a prótese do SUS, eu usei, ficou melhor” (sic).

No momento da coleta de dados havia o retorno ao trabalho havia ocorrido há 4 meses. Quando retornou, sentia desconfortos como náuseas e tonturas causadas pelo efeito colateral do uso de medicamentos. *“Quando voltei pro serviço, eu sentia ânsia e tontura, por que mesmo depois da cirurgia tem que tomar remédio e continuar o tratamento” (sic). Acreditava estar apta para retornar ao trabalho, sentia-se satisfeita com a função que exercida e acreditava que trabalhar contribuía para sentir-se menos sozinha. “Voltar para o serviço foi bom, eu gosto do que faço e também porque eu converso com outras pessoas e não fico tão sozinha” (sic). No que se refere às condições em que o trabalho é realizado considera que há pouco esforço físico e muito volume de trabalho. O ambiente de trabalho é confortável, com presença de conflitos entre a equipe. “No setor, sempre tem encrenca, sempre tem um que discute com outro, ou que não quer ajudar” (sic).*

Nos dados colhidos por meio do ICT mostra que possui quatro doenças diagnosticadas por médico que se referem à dor nas costas, Hipertensão, Alergias e Tumor Maligno no seio. Em sua opinião Possui Lesão nas pernas e pés e Distúrbio Emocional. Considera ser capaz de realizar o trabalho, mas ele lhe causa alguns sintomas. Ao prognosticar a própria capacidade de trabalho, considerou que é bastante provável que daqui a dois anos tenha capacidade para realização do trabalho. Tem

conseguido apreciar as atividades diárias, tem se sentido ativa e alerta e tem esperanças no futuro. O escore geral obtido foi 41 que corresponde a Boa Capacidade para o trabalho.

Os dados colhidos por meio do checklist da CIF mostram que Lília não apresenta nenhuma deficiência no componente Função e estruturas do corpo, o que corresponde à presença de Capacidade e Funcionalidade no que se refere a todos os domínios (b1) Funções Mentais; (b2); (b3) Funções da Voz e da; Fala; (b4) Funções do Aparelho Cardiovascular, sistema Hematológico, imunológico e do Aparelho Respiratório; (b5) Funções do Aparelho Digestivo e do Sistema Metabólico e Endócrino; (b6) Funções Geneto Urinarias e Reprodutiva; (b7) Funções Neuromusculares e funções relacionadas com movimento.

No componente Atividade e Participação não apresenta nenhuma dificuldade, o que corresponde a presença Funcionalidade no que se refere a todos os domínios, tanto no corresponde ao fator de desempenho como de capacidade. Possui melhor desempenho e capacidade avaliada pelo instrumento em (d1) Aprendizagem e Aplicação do Conhecimento; (d2) Tarefas e Exigências Gerais; (d3) Comunicação; (d4) Mobilidade; (d5) Auto Cuidados; (d6) Vida Domestica; (d7) Interações e Relacionamentos Interpessoais; (d8) Principais Áreas da Vida e (d9) Vida Comunitária, Social e Cívica.

Os dados colhidos (

Quadro 24) por meio dos distintos instrumentos revelam que possui boa percepção de capacidade e boa capacidade para o trabalho. Não foram encontradas incapacidades em nenhuma área avaliada, o que indica funcionalidade e capacidade para o trabalho.

Quadro 24 - Síntese das Informações de Percepção, Capacidade, Funcionalidade e Incapacidade (Lília – Empresa ThirtheI)

Percepção de Capacidade para o trabalho	Capacidade Para o Trabalho	Funcionalidade	Incapacidade
Boa	Boa	Atividades que envolvem funções físicas, mentais, sociais e mobilidade	Não foram encontradas

Fonte: Análise conjunta das Informações fornecidas pelos instrumentos de pesquisa (Entrevista, ICT e CIF).

4.4.5 Dinis – Empresa Thirthel

Têm 22 anos, solteiro, faixa salarial de 1.300,00, ensino médio completo, reside com avós em casa própria da família. A mãe não mora na cidade e o pai faleceu quando tinha oito anos de idade. Quanto ao estilo de vida, afirma não ser fumante, embora consuma cigarros quando sai com amigos, consome bebidas alcoólicas eventualmente e pratica exercícios físicos com frequência.

Aos 18 anos foi contratado pela empresa Thirthel, como auxiliar de produção, ficou nesta função por cerca de um ano. Abriu uma oportunidade para cuidar do estoque da empresa e em avaliação institucional o mesmo foi aprovado para o cargo de almoxarife, permaneceu nesta função por mais um período de tempo que não se recorda com exatidão, mas cerca de seis a oito meses, quando passou a exercer a função de auxiliar de compras. As atividades inerentes ao cargo exercido são de caráter burocrático em nível administrativo. Sua função requer atenção, bom relacionamento com fornecedores e organização.

Dinis gosta de trabalhar na empresa, uma vez que teve oportunidade de aprender e de crescer profissionalmente. “*Gosto de trabalhar aqui por que a empresa me deu oportunidade de crescimento*” (sic). Avalia como excelente sua condição de saúde anterior ao afastamento, sem presença de dores ou qualquer desconforto. Sentimentos de bem estar sempre estiveram presentes, sempre esteve satisfeito com o trabalho e teve um excelente relacionamento com pares e chefia.

“Sempre tive boa saúde e me sinto bem [...] Me sinto ótimo por neste trabalho e nesta empresa, as pessoas com quem trabalho, são excelentes, me dou bem com todos [...] Meu chefe é uma pessoa aberta e está sempre disposto a ajudar no que for preciso” (sic).

O afastamento se deu devido à ocorrência de um acidente de trabalho. Ao levantar uma peça da prateleira do almoxarifado, esta caiu e ocasionou a fratura do osso do metacarpo (CID S623) motivo pelo qual foi afastado do trabalho. O afastamento durou três meses e não passou por programas de reabilitação.

“Eu fiquei afastado do trabalho por três meses devido a um acidente de trabalho [...] Um dia, quando fui erguer uma peça da prateleira do almoxarifado ela caiu na minha mão e acabou quebrando o osso” (sic).

Ao retornar ao trabalho sentia leves dores que foram diminuindo no decorrer dos primeiros quinze dias, mas considera que tinha condições de retornar ao trabalho.

“Fiquei com a mão engessada, quando voltei a trabalhar sentia leves dores quando precisava fazer força, como pegar um objeto mais pesado, por exemplo, mas acredito que eu estava apto a retornar para minhas atividades sim” (sic).

No momento da coleta de dados havia retornado ao trabalho há um mês e não faz uso de medicamentos. Não houve mudança de cargo ou função após o retorno.

Ao avaliar as condições em que o trabalho é realizado, não há esforço físico, mas há muita demanda de trabalho, não faz jornada extra de trabalho, considera a estrutura e o ambiente de trabalho adequado. Avalia sua capacidade de resposta excelente frente às demandas físicas e psicológicas do trabalho exercido.

Os dados obtidos por meio do ICT revelam que teve uma lesão diagnosticada pelo médico, que foi razão do afastamento. Em sua opinião possui lesão nos braços e mãos. Considera que não há impedimentos para realização do trabalho. Avalia que é bastante provável que consiga realizar suas atividades daqui a dois anos, tem conseguido apreciar suas atividades diárias, sente-se ativo e com esperança futura. O escore obtido foi 48 que corresponde à ótima capacidade para o trabalho.

Os dados obtidos por meio do Checklist da CIF revelam que no componente Função e estruturas do corpo, não apresenta nenhuma deficiência, o que corresponde a presença de Capacidade e Funcionalidade no que se refere a todos os domínios (b1) Funções Mentais; (b2) ; (b3) Funções da Voz e da; Fala; (b4) Funções do Aparelho Cardiovascular, sistema Hematológico, imunológico e do Aparelho Respiratório; (b5) Funções do Aparelho Digestivo e do Sistema Metabólico e Endócrino; (b6) Funções Geneto Urinárias e Reprodutiva; (b7) Funções Neuromusculoesquelética e funções relacionadas com movimento.

No componente Atividade e Participação não apresenta nenhuma dificuldade, o que corresponde a presença Funcionalidade no que se refere a todos os domínios, tanto no que corresponde ao fator de desempenho como de capacidade. Possui melhor desempenho e capacidade avaliada pelo instrumento em (d1) Aprendizagem e Aplicação do Conhecimento; (d2) Tarefas e Exigências Gerais; (d3) Comunicação; (d4) Mobilidade; (d5) Auto Cuidados; (d6) Vida Domestica; (d7) Interações e Relacionamentos Interpessoais; (d8) Principais Áreas da Vida e (d9) Vida Comunitária, Social e Cívica.

De posse dos dados fornecidos por meio dos distintos instrumentos é possível concluir que apresenta boa percepção de capacidade e ótima capacidade para o trabalho. Não foram encontradas incapacidades relacionadas às áreas avaliadas, o que sugere funcionalidade e capacidade em atividades que envolvem funções físicas, mentais, sociais e de mobilidade, conforme pode ser observado no Quadro 25.

Quadro 25 - Síntese das Informações de Percepção, Capacidade, Funcionalidade e Incapacidade (Dinis – Empresa Thirthel)

Percepção de Capacidade para o trabalho	Capacidade Para o Trabalho	Funcionalidade	Incapacidade
Boa	Ótima	Atividades que envolvem funções físicas, mentais, sociais e mobilidade	Não foi encontrada

Fonte: Análise conjunta das Informações fornecidas pelos instrumentos de pesquisa (Entrevista, ICT e CIF).

4.4.6 Otilia- Empresa Thirthel

Tem 31 anos de idade, ensino superior, faixa salarial de 1.800,00 e faixa salarial familiar de 4.000,00. É casada, não tem filhos, possui residência própria e mora com o esposo. Em relação ao estilo de vida não é fumante, consome bebida alcoólica eventualmente e raramente pratica exercícios físicos. Otilia trabalha na empresa Thirthel há quatro anos em funções administrativas.

Ao avaliar a condição de saúde anterior ao afastamento relata que achava ter boa condição de saúde, mas que queria engravidar e em várias tentativas não obtinha sucesso. Em conversa com o esposo decidiram ir ao médico, foi encaminhado para exames que revelaram Neoplasia Maligna do Colo do Útero (CID C53).

“Eu estava tentando engravidar, mas nunca conseguia, depois de algum tempo, eu e meu marido resolvemos marcar uma consulta para ver o que estava acontecendo [...] minha saúde estava boa, pelo menos era o que eu achava, até eu ir ao médico e receber a notícia” (sic).

Após diagnóstico teve problemas psicológicos, sentia-se triste, chorava sem motivos aparentes, sentia-se culpada por não conseguir engravidar.

“Quando o médico me falou que eu tinha esta doença, eu chorei muito [...] muitas coisas passaram na minha cabeça [...] que eu poderia morrer; que eu nunca iria conseguir ter um filho e isso me frustra muito [...] Meu sonho sempre foi ter uns quatro filhos e, não poder ter nenhum, o impacto de uma notícia destas dói muito [...] saber que o sonho de ter filhos não era só meu, mas do meu marido também me faz com que eu me sinta culpada em não poder dar um filho para ele [...] não tenho o direito de impedir que ele realize um sonho, pensei em me separar, mas eu amo ele também [...] Eu chorava e choro muito, às vezes sem motivo nenhum, simplesmente me dá um nó na garganta e não consigo segurar o choro” (sic).

Os sentimentos vivenciados acabaram ocasionando problemas no relacionamento conjugal. Otilia buscou apoio na igreja e passou e passou a frequentar semanalmente, o que segundo relato, ajudou a entender muitas coisas e a sentir-se melhor. Após diagnóstico permaneceu trabalhando por mais dois meses.

“O meu marido falou que não tinha importância se a gente não pudesse ter filhos, mas eu sei que não é verdade. Com esta situação, mais a doença

eu fiquei deprimida, não queria conversar com ninguém, me senti um nada [...] sei que mudei com meu marido, ao mesmo tempo em que ele tentava me ajudar eu achava algum motivo para brigar com ele, parece que eu estava tentando fazer com que ele pedisse a separação, talvez isso, me desse um alívio naquele momento [...] um dia minha vizinha me convidou para ir à igreja, achei que não ia me ajudar, mas eu não tinha nada a perder e fui, foi muito bom eu ter ido, a igreja me ajudou a entender várias coisas e que tudo tem seu tempo, isso me deu certo conforto [...] agora vou a igreja toda semana” (sic).

Ao ser afastada do trabalho o diagnóstico foi neoplasia Maligna com comorbidade de transtorno depressivo recorrente, com episódio grave sem sintomas psicóticos (CID F33.2). Ficou afastada por três meses enquanto fez exames e foi submetida à cirurgia.

Ao retornar ao trabalho continuou a exercer a mesma função, analista de PCP. Faz uso de medicamentos para depressão e relata que ao retornar ao trabalho os problemas psicológicos permaneceram, mas que tem buscado ajuda ao conversar com outras pessoas e ao frequentar a igreja. Considera que tinha capacidade de retornar ao trabalho, e encontra-se satisfeita com a função.

“Eu ainda tomo remédio para depressão e ainda me sinto triste, as vezes, tenho vontade de chorar, mas estou buscando ajuda [...] faço acompanhamento com médico, converso com algumas pessoas que confio e vou na igreja, isso tem me ajudado” (sic).

No que se refere às condições em que o trabalho é realizado considera que não há esforço físico, mas a posição corporal constante do trabalho lhe causa desconfortos.

“No meu trabalho não faço esforço físico, mas fico sentada muito tempo, ficar sentada o dia todo também incomoda [...] mas tenho a liberdade de tomar um café, dar uma voltinha em outros setores e a empresa tem ginástica laboral três vezes na semana” (sic).

O volume e demanda de trabalho é sentido como sobrecarga psicológica. Faz horas extras para finalizar atividades que não teve tempo hábil de executar. Considera que possui boa capacidade de resposta frente às demandas de trabalho.

“O meu trabalho exige muito raciocínio, pois trabalho com contas e planilhas o dia todo, isso gera cansaço, não físico, mas como posso explicar [...] a noite eu deito na cama e fico pensando no que tenho pra fazer, nem sempre eu deito na cama pensando na programação até as seis, aí eu fico trabalhando até mais tarde [...] apesar de tudo, acho que consigo atender todas as prioridades e exigências do meu trabalho, acho que não deixo a desejar” (sic).

Os dados obtidos por meio do ICT revelam que Otília possui, em sua opinião, distúrbio emocional Severo. Algumas vezes precisa diminuir o ritmo ou mudar os métodos de trabalho. Ao avaliar a capacidade futura para o trabalho, julga improvável que tenha capacidade daqui dois anos. Tem conseguido apreciar as atividades diárias e tem se sentido ativo e alerta. Não tem sentido sempre esperança futura. O escore geral foi 37 que corresponde a boa capacidade para o trabalho.

Os dados obtidos por meio do Checklist da CIF revelam que no componente Atividade e Estruturas do Corpo apresentou Deficiência Ligeira no domínio Funções da memória (b144.1) e Deficiência Moderada nas Funções Micionais (b 620). Nos demais domínios não apresentou deficiência no que se refere ao desempenho ou capacidade.

Não apresentou deficiência relacionada aos domínios (b2) Funções Sensoriais de Dor; (b3) Funções da Voz e da Fala; (b4) do Aparelho Cardiovascular, sistema Hematológico, imunológico e do Aparelho Respiratório; (b5) Funções do Aparelho Digestivo e do Sistema Metabólico e Endócrino e (b7) Funções Neuromusculoesquelética e funções relacionadas com movimento, o que indica capacidade relativa a estes domínios.

No componente Atividade e Participação não apresenta nenhuma dificuldade, o que corresponde a presença Funcionalidade no que se refere a todos os domínios, tanto no que corresponde ao fator de desempenho, como de capacidade. Possui melhor desempenho e capacidade avaliada pelo instrumento em (d1) Aprendizagem e Aplicação do Conhecimento; (d2) Tarefas e Exigências Gerais; (d3)

Comunicação; (d4) Mobilidade; (d5) Auto Cuidados; (d6) Vida Domestica; (d7) Interações e Relacionamentos Interpessoais; (d8) Principais Áreas da Vida e (d9) Vida Comunitária, Social e Cívica.

De posse dos dados obtidos por meio dos distintos instrumentos é possível concluir que embora apresente deficiência ligeira relacionada às funções da memória, não é impedimento ou fator que resulte em incapacidade. Percebe como muito boa a sua capacidade pessoal para o trabalho, possui boa capacidade para o trabalho. Não foram encontradas incapacidades, o que sugere capacidade e funcionalidade em relação a todas as áreas avaliadas pelos instrumentos, conforme sintetizado no Quadro 26.

Quadro 26 - Síntese das Informações de Percepção, Capacidade, Funcionalidade e Incapacidade (Otilia – Empresa Thirthel)

Percepção de Capacidade para o trabalho	Capacidade Para o Trabalho	Funcionalidade	Incapacidade
Muito Boa	Boa	Atividades que envolvem funções físicas, mentais, sociais e mobilidade	Não foram encontradas

Fonte: Análise conjunta das Informações fornecidas pelos instrumentos de pesquisa (Entrevista, ICT e CIF).

4.4.7 Tamara – Empresa Thirthel

Tem 36 anos de idade, ensino médio completo, faixa salarial de 1.220,00 reais. É divorciada há dois anos e, reside com duas filhas, uma de sete anos e uma de 12 anos. Casou aos 20 anos de idade e com 24 anos teve a primeira filha. A relação com o marido era boa, mas nos últimos três anos vinha tendo problemas com o mesmo que passou a consumir álcool com frequência. A relação tornou-se conturbada, com brigas e despesas relacionadas ao consumo de álcool. As despesas da casa eram pagas com o salário de Tamara que era insuficiente. A participante relata que sofreu violência física por do marido e as filhas presenciaram, diante de tal situação resolveu se separar.

“O meu ex-marido era uma pessoa excelente até começar a beber [...] nunca fomos ricos, mas vivíamos bem. Depois que ele começou a beber, quase todo dia, sobrou pra mim todas as contas e, só o meu salário não dava [...] a bebida transformou ele numa pessoa que eu não conhecia, chegou até me bater, foi quando resolvi me separar” (sic).

Reside em casa própria, que está construindo aos poucos. Quando chove entra água dentro da casa, pois é coberta com telha de amianto e não tem forro. Devido a uma forte chuva, recente a coleta de dados, a casa destelhou e estragaram vários móveis. Os vizinhos e colegas de trabalho, comovidos com a situação, arrecadaram móveis e utensílios domésticos para Tamara.

Tamara trabalha na empresa Thirthel há seis anos, sendo que inicialmente exercia a função de auxiliar de tecelã e depois de dois anos passou para a função de tecelã. Ao relatar sobre as condições de saúde anterior ao afastamento relatou que não tinha problemas de saúde, sentia-se bem em realizar o trabalho e estava satisfeita com a função e com os relacionamentos estabelecidos entre pares e chefia. Em um determinado dia enquanto trabalhava, ao levantar uma caixa de fio machucou a coluna. Sentiu dores intensas, tomou medicamento por conta própria, mas a dor continuou. No dia seguinte ao acidente de trabalho foi ao médico que lhe atestou cinco dias de afastamento das atividades laborativas e prescreveu medicamento para dor.

“Eu me afastei do trabalho porque um dia, quando fui levantar uma caixa de fio para abastecer a máquina, acabei machucando a minha coluna [...] senti uma dor muito forte, falei com minha chefe e fui pra casa, tomei alguns remédios que tinha em casa, mas a dor continuou [...] No outro dia, fui no médico, ele me deu um atestado de cinco dias e remédios para tomar” (sic).

Após os cinco dias de afastamento retornou ao trabalho, mas as dores permaneceram, relata que

“Eu vim trabalhar, não agüentava de dor, trabalhei o dia todo e no dia seguinte fui ao

médico novamente. Ele me encaminhou para exames. Fiz os exames e levei para o médico e, ele me deu três meses de afastamento” (sic).

Foi afastada do trabalho com diagnóstico de Entorse e Distensão na Coluna Lombar (CID S 33.5) decorrente de acidente de trabalho, sem comorbidade no afastamento. Não teve reincidência no afastamento e não passou por programas de reabilitação.

Ao retornar ao trabalho as dores continuaram, mas com menos intensidade e menos frequência e experimentava sentimentos de angústia. Afirma não estar em condições de retornar ao trabalho. O relacionamento com chefia mudou, avalia o modo de gestão como ruim e não está satisfeita com a função. Existem conflitos frequentes no ambiente de trabalho e falta de comunicação.

“Quando voltei a trabalhar sentia dor na coluna, não como antes, mas incomodavam [...] me sentia angustiada, por que como minhas costas doíam, eu não conseguia fazer muita coisa [...] acho que minha chefe mudou comigo depois disso, às vezes ela pedia algo e eu sentia dor e ela dizia que se eu não podia trabalhar devia pegar atestado [...] eu não estou satisfeita com minha função, tenho que ficar muito tempo em pé e gostaria de trabalhar no recorte [...] no meu setor, o pessoal não colabora uns com outros e sempre tem fofoca e briguinhas [...] a nossa chefe não entende a gente, não direito passa as coisas que tem pra fazer e depois vem cobrar a produção” (sic).

A função que exerce demanda esforço físico e existe muito volume de trabalho diário. Faz horas extras com frequência que são justificadas pela questão financeira.

“Eu tenho que sustentar a casa sozinha, o salário é pouco, a comida aumentou, a folha de pagamento é cheia de descontos e infelizmente não tenho condições de sobreviver apenas com salário do mês” (sic).

No momento da coleta de dados havia retornado ao trabalho há quatro meses, não teve mudança de cargo e faz uso de medicamento (analgésicos) para dor.

Os dados obtidos por meio do ICT mostram que possui uma doença diagnosticada pelo médico e em sua opinião não tem outras lesões ou doenças. Algumas vezes precisa diminuir o ritmo de trabalho ou mudar os métodos de trabalho devido a lesão na coluna. Não está certa da sua capacidade futura de trabalho (2 anos). Tem conseguido apreciar as atividades diárias e se sentido ativa e alerta. Obteve escore 37, que corresponde a Boa Capacidade para o Trabalho.

Os dados obtidos por meio do Checklist da CIF revelam que no componente Funções e Estruturas do Corpo, no domínio (b1) Funções Mentais Globais possui Deficiência Moderada em questões relacionadas a Personalidade Temperamento (b126.2); nas funções relacionadas com sono (134.1) possui Deficiência Ligeira. No domínio (b2) Funções Sensoriais de dor apresenta Deficiência Moderada em funções auditivas (b230.2). No domínio (b6) Funções Geneto Urinarias e Reprodutiva apresenta Deficiência Moderada em funções Miccionais (b620.2). No domínio (b7) Funções Neuromusculoesquelética e funções relacionadas com movimento apresenta Deficiência Moderada em questões relacionadas com Mobilidade das Articulações (b710.2); Estabilidade das Articulações (b715.2) e Resistência Muscular (b740.2).

Não apresentou deficiência relacionada a (b3) Funções da Voz e da Fala; (b4) do Aparelho Cardiovascular, sistema Hematológico, imunológico e do Aparelho Respiratório; (b5) Funções do Aparelho Digestivo e do Sistema Metabiológico e Endócrino.

No componente Atividade e Participação no domínio (d4) Mobilidade apresenta Problema Moderado relacionado ao desempenho de Mudar a posição básica do corpo (d410.2) e Manter a Posição do Corpo (d415.2); possui problema grave relacionado com a capacidade de Levantar e Transportar Objetos (d430.3). No domínio (d6) Vida Doméstica apresenta Dificuldade Moderada relacionada ao desempenho de Realizar Trabalho Doméstico (d640.2).

Não apresenta problema relacionado o que indica capacidade relativa às tarefas que envolvem (d1) Aprendizagem e Aplicação do Conhecimento; (d2) Tarefas e Exigências Gerais; (d3) Comunicação; (d5) Auto Cuidados; (d7) Interações e Relacionamentos Interpessoais; (d8) Principais Áreas da Vida d9 Vida Comunitária, Social e Cívica.

Os dados colhidos por meio dos distintos instrumentos (Quadro 27) revelam que percebe que não possui capacidade, mas o instrumento aplicado para avaliar a capacidade para o trabalho, indicou que possui boa capacidade. Este pode se dever ao fato que o ICT avalia a capacidade para o trabalho de forma ampla. Os dados obtidos por meio da Checklist da CIF que avaliam as funções do corpo, atividade e

participação e permitem a avaliação da capacidade para o trabalho de forma a considerar funções físicas do sujeito, indicam que há incapacidade. A incapacidade está relacionada às atividades que demandam esforço físico, ligadas ao movimento corporal das funções Neuromusculoesquelética, que correspondem aos dados obtidos por meio da entrevista. Diante do exposto, podemos concluir que há incapacidade relacionada às tarefas que demandam esforço físico, mas há capacidade em relação a atividades mentais e atividades que não demandam esforço físico.

Quadro 27 - Síntese das Informações de Percepção, Capacidade, Funcionalidade e Incapacidade (Tamara – Empresa Thirthel)

Percepção de Capacidade para o trabalho	Capacidade Para o Trabalho	Incapacidade	Funcionalidade
Baixa	Boa	Relacionada a atividades que demandam esforço físico e movimentação corporal ligadas as funções Neuromusculoesquelética	Atividades que não demandam esforço físico.

Fonte: Análise conjunta das Informações fornecidas pelos instrumentos de pesquisa (Entrevista, ICT e CIF).

4.4.8 Tairine – Empresa Thirthel

Tem 42 anos, ensino fundamental completo, possui residência própria, onde mora com esposo e dois filhos. Faixa salarial de 1.300,00 e faixa salarial familiar de 2.700,00. No que se refere ao estilo de vida não é fumante, não consome bebida alcoólica e pratica diariamente curtas caminhadas.

Trabalha na empresa Thirtel há sete anos anterior ao afastamento exercia a função de Beneficiadora. Ao avaliar as condições de saúde anterior ao problema de saúde que ocasionou o afastamento relata que sentia dores na coluna há uns nove anos. As dores são frequentes e intensas. *“Eu já sentia dor nas costas bem antes de me afastar, já fazem mais ou menos uns nove anos. Hoje a dor é bem mais forte e dói quase direto” (sic)*. Ao realizar o trabalho sentia-se bem psicologicamente, pois estar trabalhando lhe faz bem, e estava satisfeita com a função e

relacionamento entre pares e chefia. Fisicamente não se sente bem, pois o trabalho exige uma posição corporal contínua, o que lhe causa dores.

“Eu gosto do que faço, sempre trabalhei e gosto de poder trabalhar, faz eu me sentir útil e mentalmente ocupada. Como trabalho sentada, a mesma posição cansa e as vezes dá uma dor ou outra. [...]A minha líder de produção e meus colegas de trabalho são boas pessoas” (sic).

Foi afastada do trabalho com diagnóstico de Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com radiculopatia (CID M 51.1) e comorbidade de Calculose do rim (CID N20.0). Ficou cinco meses afastada, neste período foi submetida à cirurgia a laser para retirada do cálculo renal e passou por tratamento medicamentoso, além de fazer fisioterapia para coluna. Teve reincidência anterior no afastamento, pois já havia sido afastada do trabalho por duas vezes devido a problemas da coluna. Em nenhum dos afastamentos passou por programas de reabilitação profissional.

“Antes deste ultimo afastamento, eu já tinha sido afastada duas vezes pelo problema de coluna. Neste último afastamento, eu fui afastada por causa da coluna e por que eu tinha pedra no rim [...] enquanto fiquei afastada fiz tratamento para coluna e fiz a cirurgia a laser para tirar a pedra do rim” (sic).

No momento da coleta de dados havia retornado ao trabalho há 30 dias e faz uso de medicamento para dor. Teve mudança de cargo, de beneficiadora passou a exercer temporariamente a função de auxiliar de embalagem. Segundo Tairine na função de Beneficiadora precisa ficar o tempo todo sentada e com braço elevado, e esta posição gera dores na coluna e braços. Na função de auxiliar de embalagem precisa ficar o trabalho é realizado em pé e tem movimento dos braços, por se tratar de uma posição constante, ainda que não tenha esforço físico, também lhe causa dores. O volume de trabalho é intenso, não faz hora extra.

“Agora que voltei a trabalhar, me mudaram de serviço, de beneficiadora fui para embalagem [...] os dois serviços são um dilema, um precisa ficar o tempo todo sentada com braço erguido e o outro

o tempo todo em pé, nos dois dói a coluna [...] pra não doer tanto, a gente tenta dar uma mudada no corpo [...] tem bastante trabalho, temos que cumprir a meta de produção diária, mas com meu problema eu não faço hora extra [...] dou graça chegar em casa” (sic).

As dores e sintomas do problema de saúde pelo qual foi afastada não passaram no momento em que retornou ao trabalho. As dores são frequentes e intensas, mas avalia que tinha condições de retornar ao trabalho desde que ele seja executado com certa flexibilidade de movimento. *“Eu tenho bastante dor, mas acho que eu podia voltar trabalhar, mas ia ajudar bastante se a gente pudesse dar uma mexida no corpo, dar uma andada, sei lá, se movimentar” (sic).*

Quanto às condições da estrutura física do ambiente de trabalho, relata que são adequadas. Avalia o modo de gestão como ruim, pois segundo ela a chefia faz muitas cobranças. Existem conflitos constantes no ambiente de trabalho que ocorrem entre pares e com chefia.

“O ambiente onde eu trabalho é bom, bem arrumadinho, eles trocaram as mesas de embalagem uns meses atrás e melhorou [...] A líder que a gente tem agora entrou não faz tempo, ela veio com um monte de mudança e exigência [...] cobra produção e fica em cima da gente [...] a nossa equipe era melhor antes dela (líder) chegar, a gente se dava bem, agora é um cobrando do outro pra atingir meta e isso faz com que tenha desavença” (sic).

Os dados obtidos por meio do ICT revelam que Tairine possui três doenças diagnosticadas pelo médico: lesão nas costas, doença na parte inferior das costas, doença nos rins, colite e inflamação do cólon. Em sua opinião possui ainda Lesão nos braços, Doença na parte superior das costas e região do pescoço, dor nas costas que irradia para pernas (ciática), Doença Músculo esquelética nas pernas, Doença coronariana com dor no peito durante exercícios, Distúrbio emocional leve, Doença neurológica e Doença nos genitais e aparelho reprodutor. Ao considerar as lesões, considera que é capaz de realizar seu trabalho, mas ele lhe causa alguns sintomas. Não está certa se terá capacidade para executar o trabalho daqui há dois anos. Tem conseguido apreciar as atividades

diárias, tem se sentido alerta e com esperança futura. O escore obtido foi 33 que indica capacidade moderada para o trabalho.

Os dados colhidos por meio do Checklist da CIF mostram que no componente Funções e Estruturas do Corpo (b1) Funções Mentais possui deficiência ligeira no que se refere a questões relacionadas com sono (134.1). No domínio (b6) Funções Geneto Urinarias e Reprodutiva possui deficiência grave em relação a funções Miccionais (b620.3). No domínio (b7) Funções Neuromusculares e funções relacionadas com movimento possui deficiência moderada no que se refere a Estabilidade das Articulações (b715.2); Força Muscular (b730.2); Resistência Muscular (b740.2) e Músculo e Funções do Movimento (b780.2).

Não apresentou deficiências relacionadas a (b2) Funções Sensoriais de Dor; (b3) Funções da Voz e da Fala; (b4) do Aparelho Cardiovascular, sistema Hematológico, imunológico e do Aparelho Respiratório; (b5) Funções do Aparelho Digestivo e do Sistema Metabólico e Endócrino.

No que se refere ao componente Atividade e Participação no domínio (d2) Tarefas e Exigências Gerais possui dificuldade ligeira em Levar a Cabo uma Tarefa Única (d210.1). No domínio (d4) Mobilidade possui problema ligeiro no que se refere a Manter a Posição do Corpo (d415.2). No domínio (d6) Vida Doméstica possui dificuldade Moderada em Realizar Trabalho Doméstico (d640.2).

Não apresentou dificuldades relacionadas à (d1) Aprendizagem e Aplicação do Conhecimento; (d2) Tarefas e Exigências Gerais; (d3) Comunicação; (d5) Auto Cuidados; (d7) Interações e Relacionamentos Interpessoais; (d8) Principais Áreas da Vida; (d9) Vida Comunitária, Social e Cívica.

Quadro 28 - Síntese das Informações de Percepção, Capacidade, Funcionalidade e Incapacidade (Tairine – Empresa Thirthel)

Percepção de Capacidade para o trabalho	Capacidade Para o Trabalho	Incapacidade	Funcionalidade
Moderada	Moderada	Relacionada a atividades que demandam esforço físico e movimentação corporais ligadas as funções Neuromuscularesquelética	Atividades que não demandam esforço físico.

Fonte: Análise conjunta das Informações fornecidas pelos instrumentos de pesquisa (Entrevista, ICT e CIF).

4.4.9 Marilda – Empresa Nethorn

Têm 25 anos, ensino fundamental completo, faixa salarial de 1.500,00, é solteira e reside com os pais em casa alugada. No que se refere ao estilo de vida não é fumante, não consome bebidas alcoólicas e raramente pratica exercícios físicos.

Começou a trabalhar com 18 anos em uma empresa do ramo alimentício na área da produção. O pai foi transferido de cidade e precisou pedir o desligamento da empresa. Veio morar em Joinville há três anos, quando começou a trabalhar na empresa Nethorn no cargo de beneficiadora. Devido às razões do afastamento, mudou de cargo e atualmente exerce a função de auxiliar de embalagem.

“Eu comecei a trabalhar assim que fiz dezoito anos na produção de uma empresa que fazia biscoito [...] como meu pai teve que trocar de cidade por conta do trabalho, eu tive que pedir demissão e vim morar aqui [...] estou aqui faz três anos [...] quando eu comecei a trabalhar aqui eu era beneficiadora, depois que eu fiquei afastada tive que ir para a embalagem, por que o serviço é mais leve e ajuda a não sentir tanta dor” (sic).

Ao considerar a condição de saúde anterior ao afastamento, relata que não tinha problemas de saúde, dores ou desconfortos. Sentia-se

realizada e satisfeita em realizar seu trabalho. O relacionamento com pares e chefia era excelente e o ambiente de trabalho agradável. *“Antes do meu problema, eu nunca tinha dor e nenhum problema de saúde [...] eu gostava muito de trabalhar aqui no que eu fazia; me dou bem com todo mundo aqui, e gosto daqui” (sic).*

O afastamento do trabalho se deve a ocorrência de um acidente de trabalho. A máquina onde trabalhava era alta, para alimentá-la era necessário subir em uma escadinha. Ao alimentar a máquina, não utilizou o procedimento adequado de subir na escada, pois julgava que era mais rápido subir na própria máquina. Ao subir na própria máquina, para colocar o rolo de tecido, seu pé entrou na barra de rolagem e fraturou. Seu diagnóstico de afastamento foi Fratura de Ossos do Metatarso (CID S92.3).

“Eu me afastei porque quebrei o pé [...] eu não culpo a empresa, até tenho que agradecer por que me ajudaram bastante [...] sei que a culpa foi minha, tem uma escadinha que a gente usa para colocar o rolo de tecido na máquina, mas eu acho mais rápido subir na máquina mesmo. Eu subi na máquina pra colocar o rolo e meu pé escorreu e caiu no meio da engrenagem e quebrou” (sic).

Ficou afastada por cinco meses, não teve reincidência no afastamento e não passou por programas de reabilitação. No momento da coleta de dados, havia retornado ao trabalho há 30 dias. Passou a exercer a função de auxiliar de embalagem temporariamente. Relata que ao retornar ao trabalho continuou sentindo dores devido a fratura e luxação, faz uso de medicamento para dor. Não está satisfeita em exercer a função temporária de auxiliar de embalagem, pois gosta da função de beneficiadora para qual irá retornar no período de quinze dias.

“Quando voltei vim para a embalagem por que não precisa subir em lugar nenhum, mas eu não gosto, gosto de trabalhar no beneficiamento [...] vou voltar para o beneficiamento daqui uns quinze dias, nem vejo a hora” (sic).

Identifica que tem boa capacidade para o trabalho, que estava apta para retornar ao trabalho e para a função que exerce. O trabalho realizado não demanda de esforço físico, mas há um grande volume de trabalho diário. Considera que a estrutura do ambiente de trabalho é

adequada. Existem conflitos no ambiente do trabalho e o modo de gestão é ruim.

“Eu acredito que estou boa para voltar para minha função [...] o meu trabalho não exige esforço físico, mas tem bastante coisa para fazer todo dia [...] não gosto de trabalhar aqui na embalagem, não gosto da minha chefe, ela não sabe pedir as coisas com jeito a minha chefe do beneficiamento era bem melhor” (sic).

Os dados obtidos por meio do ICT revelam que Marilda possui uma doença diagnosticada pelo médico no que se refere à lesão nas pernas e pés e considera que tem problema relacionado com o tendão do pé. Julga que tem uma capacidade muito boa para o trabalho, bem como boa a capacidade de resposta frente às demandas do trabalho. Percebe-se capaz de realizar seu trabalho, mas identifica que ele lhe causa alguns sintomas. Avalia que é bastante provável que terá capacidade para o trabalho daqui a dois anos. Tem sentido esperança futura e, e às vezes, sente-se ativa e alerta. O escore obtido no ICT foi de 44, que corresponde a ótima capacidade para o trabalho.

Os dados obtidos através do Checklist da CIF revelam que no componente Funções e estruturas do corpo não possui nenhuma deficiência no que se relaciona a (b1) Funções Mentais globais e específicas; (b2) Funções Sensoriais de Dor; (b3) Funções da Voz e da Fala; (b4) Funções do Aparelho Cardiovascular, sistema Hematológico, imunológico e do Aparelho Respiratório; (b5) Funções do Aparelho Digestivo e do Sistema Metabólico e Endócrino; (b6) Funções Geneto Urinárias e Reprodutiva e (b7) Funções Neuromusculoesquelética, o que revela capacidade nestes domínios.

No componente atividade e participação possui dificuldade ligeira no domínio (d4) Mobilidade no que se refere ao desempenho em manter a posição do corpo (d415.1). Nos demais domínios (d1) Aprendizagem e Aplicação do Conhecimento; (d2) Tarefas e Exigências Gerais; (d3) Comunicação; (d5) Auto Cuidados; (d6) Vida Doméstica; (d7) Interações e Relacionamentos Interpessoais; (d8) Principais Áreas da Vida e (d9) Vida Comunitária, Social e Cívica não apresenta dificuldades.

De posse dos dados obtidos por meio dos distintos instrumentos, sintetizados no Quadro 29, pode-se concluir que Marilda tem uma capacidade muito boa, a capacidade para o trabalho é ótima. Não

apresentou deficiências ou dificuldades relacionadas a nenhuma das áreas avaliadas, o que reflete capacidade e funcionalidade em atividades que demandam funções físicas, mentais e sociais e para o trabalho de forma geral.

Quadro 29 - Síntese das Informações de Percepção, Capacidade, Funcionalidade e Incapacidade (Marilda – Empresa Nethorn)

Percepção de Capacidade para o trabalho	Capacidade Para o Trabalho	Incapacidade	Funcionalidade
Muito Boa	Ótima	Não foram encontradas	Atividades que envolvem funções físicas, mentais, sociais e mobilidade

Fonte: Análise conjunta das Informações fornecidas pelos instrumentos de pesquisa (Entrevista, ICT e CIF).

4.4.10 Talita – Empresa Nethorn

Tem 34 anos, ensino médio completo, faixa salarial de 1.300,00 reais e faixa salarial familiar de 2.600,00. É casada, tem dois filhos uma menina 12 anos e um menino de 10 anos. Possui residência própria onde mora com esposo e filhos. No que se refere ao estilo de vida não é fumante, não consome bebida alcoólica e faz caminhadas com curta duração uma vez por semana.

Começou a trabalhar em um comércio da região, não se recorda com quantos anos, como zeladora, onde permaneceu por 2 anos e 6 meses. Nesta época começou a sentir dores na coluna. Considera que os motivos do problema de coluna se devam ao trabalho que realizava, uma vez que este exigia esforço físico.

“Eu não lembro bem certo a idade que eu comecei a trabalhar, mas foi bem cedo [...] comecei a trabalhar ajudando em uma loja perto de onde eu morava, só lembro que fiquei trabalhando por dois anos e seis meses, daí eu comecei a sentir dor na coluna [...] claro que eu

ia ter problema de coluna né, eu era mocinha e era um trabalho pesado pra idade que eu tinha quando comecei a trabalhar na limpeza” (sic).

Nesta mesma época ficou afastada do trabalho por cinco anos e, cuidava das atividades domésticas. “Quando eu parei de trabalhar por causa da coluna, eu fazia tudo em casa, limpava, lavava a roupa e a louca [...] fiquei cinco anos afastada deste meu primeiro emprego. No dia em que retornou ao trabalho foi demitida pela empresa. Permaneceu em casa por mais um período, que não se recorda ao certo quanto tempo.

“No dia que eu voltei a trabalhar, eles me deram a conta, nem cheguei a trabalhar. “Quando cheguei para trabalhar, me chamaram em uma salinha e falaram que iam fazer meu acerto [...] depois disso, fiquei em casa, não lembro bem quanto tempo e depois uma amiga me arrumou serviço aqui” (sic).

Começou a trabalhar na empresa Nethorn há sete anos na função de beneficiadora, na qual permanece até os dias atuais. Ao começar trabalhar na empresa Nethorn relata que não tinha dores, sentia-se bem em realizar o trabalho e o relacionamento com pares e chefia sempre foi excelente. Com o passar o tempo, começou a sentir dores novamente, embora no início não fossem intensas. “No que eu comecei a trabalhar aqui, eu estava bem, não tinha dor, depois a coluna começou a incomodar. Com o tempo começou a doer mais e mais, tinha dias que eu não aguentava” (sic). Com o passar do tempo as dores foram aumentando e foi afastada do trabalho, ficou seis meses afastada, e retornou ao trabalho. No retorno não teve mudança de função, uma vez que o trabalho é realizado na maior parte do tempo sentada. Afirma que permanecer na mesma posição de trabalho gera dores e desconfortos na coluna. Com o tempo passou a sentir dor no braço direito, fez exames e o médico prescreveu medicamento.

“Quando voltei a trabalhar, voltei a fazer a mesma coisa que eu fazia antes, o meu trabalho não é pesado, o único problema é que pra quem tem problema na coluna, ficar muito tempo sentado também dói [...] não sei é bem uma dor, parece que amarram a tua coluna, é estranho o que sinto quando fico muito sentada [...] um

tempo atrás, comecei a sentir dor no braço, só no direito que eu uso pra recortar” (sic).

Permaneceu trabalhando até 2014 quando foi afastada do trabalho com diagnóstico de Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com radiculopatia CID M 51.1 com comorbidade de Síndrome do Manguito Rotador (CID M 75.1). Ficou afastada por sete meses e no momento da coleta das informações havia retornado ao trabalho há dois meses. Não passou por programas de reabilitação e toma medicamento. *“Eu me afastei por causa da coluna e do braço que estava inflamado” (sic).*

Ao retornar ao trabalho voltou a exercer a função de beneficiadora. Sente dores com frequência, de modo intenso, mas avalia que estava apta para retornar ao trabalho. *“Eu acho que estou bem para voltar trabalhar, a dor não adianta, vai doer aqui ou em casa, isso eu tenho que aprender a conviver” (sic).* Seu trabalho não demanda esforço físico, mas há um volume grande de trabalho. Faz jornada extra de trabalho quando há necessidade de maior produção por parte da empresa. A empresa deixa a cargo do funcionário a opção em fazer ou não hora extra.

Considera que as condições físicas do ambiente de trabalho são péssimas, pois no verão é muito quente e dispõe apenas de ventilador, o que não resolve o problema, segundo Talita.

“O lugar onde trabalho é péssimo, no verão parece que você está dentro de um caldeirão de tão quente que é [...] não tem ar condicionado, só ventilador, mas quando está quente o ar que vem também é quente” (sic).

O modo de gestão é considerado com, mas existem conflitos no ambiente de trabalho e isso atrapalha o bem estar. *“Sempre tem alguma fofoca e uma briga, trabalhar com mulheres dá nisso! Eu me sinto mal porque não gosto de dar opinião ou interferir dando minha opinião” (sic).*

Os dados obtidos por meio do ICT revelam que Talita, algumas vezes, precisa diminuir o ritmo de trabalho ou mudar os métodos de trabalho. Não está muito certa da sua capacidade para o trabalho daqui a dois anos. Às vezes tem conseguido apreciar as atividades diárias e sente-se ativa e alerta, mas raramente sente esperança futura. O escore obtido foi 28 que corresponde a Moderada Capacidade para o trabalho.

Os dados obtidos por meio do Checklist da CIF revelam que no componente Funções e Estruturas do Corpo, no domínio : (b2) Funções Sensoriais de Dor possui deficiência ligeira relacionada a Visão (b210.1); no domínio (b7) Funções Neuromusculoesquelética e funções relacionadas com movimento possui deficiência moderada no que se refere a Estabilidade das Articulações (b715.2); Força Muscular (b730.2) e Resistência Muscular (b740.2).

Não apresentou deficiência relacionada a (B1) Funções Mentais; (b3) Funções da Voz e da Fala; (b4) do Aparelho Cardiovascular, sistema Hematológico, imunológico e do Aparelho Respiratório e (b5) Funções do Aparelho Digestivo.

No componente Atividade e Participação no domínio (d4) Mobilidade possui problema grave relacionado em Levantar e Transportar Objetos (d430.3) e Manter a Posição do Corpo (d415.3). Possui problema moderado em Mudar a Posição Básica do Corpo (d410.2) e na Utilização da Mão e Braço (d445.2). No domínio (d6) Vida Domestica possui problema grave em Realizar Trabalho Doméstico (d640.3).

Não apresenta dificuldades relacionadas a (d1) Aprendizagem e Aplicação do Conhecimento; (d2) Tarefas e Exigências Gerais; (d3) Comunicação; (d5) Auto Cuidados; (d7) Interações e Relacionamentos Interpessoais e (d8) Principais Áreas da Vida9 Vida Comunitária, Social e Cívica.

De posse do conjunto de dados obtidos por meio dos distintos instrumentos é possível identificar que julga ter moderada capacidade, sendo a capacidade para o trabalho é moderada. Possui incapacidade relacionada às funções Neuromusculoesqueléticas relacionadas ao esforço físico e movimentação corporal. Possui funcionalidade para atividades relacionadas a funções mentais e outras que não demandam esforço físico, conforme sintetizado no Quadro 30.

Quadro 30 - Síntese das Informações de Percepção, Capacidade, Funcionalidade e Incapacidade (Talita – Empresa Nethorn)

Percepção de Capacidade para o trabalho	Capacidade Para o Trabalho	Incapacidade	Funcionalidade
Moderada	Moderada	Relacionada a atividades que demandam esforço físico e movimentação corporal ligadas as funções Neuromusculoesquelética	Atividades que não demandam esforço físico e movimentação corporal

Fonte: Análise conjunta das Informações fornecidas pelos instrumentos de pesquisa (Entrevista, ICT e CIF).

4.4.11 Olívia – Empresa Nethorn

Tem 43 anos de idade, solteira, ensino médio completo. Faixa salarial de 1.500,0 reais, residência alugada e mora sozinha. No que se refere ao estilo de vida não é fumante, não consome bebida alcoólica e não faz exercícios físicos.

Começou a trabalhar com 20 anos em uma cooperativa de alimentos da região, onde permaneceu até os 25 anos. Com 25 anos começou a trabalhar em casas de famílias, como empregada doméstica e babá e, permaneceu em atividades como estas até os 35 anos. Com 36 anos começou a trabalhar na empresa Nethorn onde permanece há sete anos. Iniciou na função de beneficiadora e atualmente ocupa o cargo de Revisora. A mudança de cargo ocorreu após retorno do ultimo afastamento devido à necessidade da empresa.

“Comecei a trabalhar com vinte anos em uma cooperativa de carne perto de casa, fiquei lá até meus vinte e cinco, depois comecei a trabalhar em umas casas como doméstica e cuidando de crianças [...] faz sete anos que comecei aqui, quando vim pra cá eu entrei no beneficiamento, depois me passaram para revisora por que não tinha ninguém” (sic).

Ao avaliar as condições de saúde anterior a doença pela qual ocorreu o afastamento do trabalho declara que se sentia bem, sempre teve boas condições de saúde. Estava satisfeita em trabalhar na empresa, pois tem bom relacionamento com colegas de trabalho e gosta das atividades inerentes ao cargo que exerce.

“Antes do meu problema, eu me sentia bem, não tinha problema de saúde [...] sempre gostei de trabalhar aqui, gosto das pessoas e do meu trabalho, disso, não tenho do que reclamar” (sic).

Em 2012 sofreu acidente de trabalho, ao erguer um rolo de renda torceu o braço e o tecido caiu sobre sua mão fraturando a ulna. Ficou afastada do trabalho por três meses. Após retorno ao trabalho não sentia dores na mão lesionada e continuou na mesma função.

“A primeira vez que eu me afastei foi por que fui erguer um rolo de renda do chão e o rolo virou, quando virou torceu minha mão e quebrou, isso foi em 2012 [...] fiquei afastada três meses e voltei boa, não sentia dor” (sic).

Em 2013 começou a sentir dores na região abdominal, foi ao médico, fez exames e foi diagnosticada com Neoplasia Maligna do colo do útero. Foi afastada do trabalho durante seis meses. Neste período fez radioterapia e sessões de radioterapia e quimioterapia. As medicações lhe causavam mal estar e muita tristeza. Foi submetida a cirurgia e retornou ao trabalho.

“Em 2013 comecei sentir umas dores na barriga, fui no médico e eu tava com câncer no útero [...] fiquei seis meses sem trabalhar fazendo radioterapia e depois quimioterapia [...] era um sofrimento, eu passava mal, enjoava, ficava tonta, sem falar na angústia e tristeza que dá [...] passa tanta coisa na cabeça” (sic).

Relata que neste período sentia-se bem fisicamente, mas perdeu a vontade de sair, conversar e trabalhar. Queria ficar em casa e não conversar com ninguém. Foi ao médico que diagnosticou transtorno depressivo, passou a fazer uso de medicação contínua.

“Enquanto fiquei afastada, eu comecei a me sentir triste e sozinha, como moro sozinha eu não tinha com quem conversar, mas também eu não queria falar com ninguém [...] tenho até vergonha de falar, mas algumas vezes quando aparecia alguém lá em casa pra me visitar, eu ficava bem quietinha pra dizer que eu não tava em casa e não atendia [...] fui ao médico por que minha mana me levou; daí ele falou que eu tava com depressão e me deu remédio [...] os remédios que ele me receitou? Eu não lembro o nome, mas era pros nervos faixa preta” (sic).

Em janeiro de 2014 ao fazer exame de rotina descobriu que a neoplasia havia voltado. Foi novamente afastada do trabalho, com diagnóstico de Neoplasia Maligna do colo do útero (CID C 53) com comorbidade Transtorno depressivo recorrente, episódio leve (CID F33.0). Permaneceu em afastamento por quatro meses, período em que fez sessões de radioterapia e novos exames que detectaram a ausência da doença.

“Quando voltei a trabalhar depois de ficar afastada em 2013 eu não tinha mais nada, mas neste ano, quando fui fazer exames; que tem que ficar fazendo exames direto; o câncer tinha voltado [...] a novela foi a mesma, rádio, remédio, médico [...] agora graças a Deus estou curada, só continuo tomando um outro remédio para depressão, mas mais fraco” (sic).

No momento da coleta de dados havia retornado ao trabalho há três meses. Ao retornar do último afastamento, surgiu uma oportunidade de mudar de setor e passou a exercer a função de revisora. Relata que as dores e mal estar passaram, mas continua fazendo uso de antidepressivo.

Descreve que o trabalho exige esforço físico, a demanda de trabalho é grande e exige muita responsabilidade. Faz hora extra para compensar o volume de trabalho que não consegue finalizar no horário de trabalho normal. Julga que tem boa capacidade de resposta para as demandas psicológicas do trabalho e percebe-se apta para a função que exerce. *“Eu gosto do meu trabalho e me sinto bem nele, mas como tem bastante tecido pra revisar e sou só eu de revisora no meu setor eu tenho que fazer hora extra pra dar conta de revisar tudo” (sic).*

Pondera que a estrutura física do ambiente de trabalho é ruim, pois não oferece iluminação e ventilação suficiente. Relata que modo de gestão é ruim, pois não tem bom relacionamento com a chefia imediata.

“[...] é o lugar onde eu trabalho não é muito bom, tem dias que fica escuro, principalmente quando o tempo está nublado por que não entra muita luz de fora [...] no verão é muito quente, você nem imagina, chego pingar de suor [...] o meu chefe! Nem adianta reclamar das coisas, ele nunca resolve nada, as vezes eu reclamo que tem muito tecido estragado e é o mesmo de não falar nada [...] estes dias atrás a gente (ela e o chefe) andou meio que batendo boca” (sic).

Os dados obtidos por meio do ICT revelam que algumas vezes precisa diminuir o ritmo de trabalho ou mudar os métodos de trabalho. Não está certa se terá capacidade para o trabalho daqui há dois anos, mas tem conseguido apreciar suas atividades diárias, se sentindo ativa e alerta e com esperança futura. O escore obtido foi 41, que corresponde a boa capacidade para o trabalho.

Os dados obtidos por meio do Checklist da CIF apontam que no componente Funções e Estruturas do Corpo, no domínio (b2) Funções Sensoriais de Dor possui deficiência ligeira relacionada a visão (b210.1). No domínio (b7) Funções Neuromusculoesquelética e funções relacionadas com movimento apresenta deficiência ligeira relacionada a funções do Músculo e do movimento; e deficiência moderada na Estabilidade das Articulações (b715.2) e na Resistência Muscular (b740.2).

Não apresenta deficiência no que se refere a (b1) Funções Mentais; (b3) Funções da Voz e da Fala; (b4) Função do Aparelho Cardiovascular, sistema Hematológico, imunológico e do Aparelho Respiratório; (b5) Funções do Aparelho Digestivo e do Sistema Metabólico e Endócrino e (b6) Funções Geneto Urinarias e Reprodutiva.

No componente Atividade e Participação, no domínio (d1) Aprendizagem e Aplicação do Conhecimento apresenta dificuldade ligeira no que se refere a Dirigir a Atenção (d116.1). No domínio (d4) Mobilidade apresenta problema ligeiro no que se refere a Manter a Posição do Corpo (d415.1).

Não possui dificuldades relacionadas a (d2) Tarefas e Exigências Gerais; (d3) Comunicação; (d5) Auto Cuidados; (d6) Vida Doméstica; (d7) Interações e Relacionamentos Interpessoais e (d8) Principais Áreas da Vida e (d9) Vida Comunitária, Social e Cívica.

De posse dos dados obtidos por meio dos distintos instrumentos (Quadro 31) esses indicam que percebe como muito boa sua capacidade, e a capacidade para o trabalho de forma geral é boa. Possui incapacidade para atividades relacionadas às funções Neuromusculoesquelética que demandam esforço físico e movimentação corporal. Possui funcionalidade relacionada a atividades que não demandam esforço físico, com destaque para funções de interação social.

Quadro 31 - Síntese das Informações de Percepção, Capacidade, Funcionalidade e Incapacidade (Olívia – Empresa Nethorn)

Percepção de Capacidade para o trabalho	Capacidade Para o Trabalho	Incapacidade	Funcionalidade
Muito Boa	Boa	Relacionada a atividades que demandam esforço físico e movimentação corporal ligadas as funções Neuromusculoesquelética	Atividades que não demandam esforço físico e movimentação corporal

Fonte: Análise conjunta das Informações fornecidas pelos instrumentos de pesquisa (Entrevista, ICT e CIF).

5 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO CONJUNTA DAS INFORMAÇÕES

Neste capítulo são apresentados e analisados o conjunto de dados colhidos por meio dos distintos instrumentos de pesquisa com o intuito de apontar a percepção de capacidade para o trabalho de trabalhadores que retornaram ao trabalho com diferentes graus de funcionalidade.

5.1 PERFIL DE TRABALHADORES QUE RETORNARAM AO TRABALHO

O perfil dos trabalhadores que retornaram ao trabalho, após período de afastamento das atividades laborativas está apresentado no Quadro 32. As características consideradas foram: sexo, escolaridade, idade e estado civil.

Quadro 32 - Caracterização dos Participantes

Caracterização dos Participantes		
Sexo	Feminino	10
	Masculino	1
Escolaridade	Fundamental Completo	4
	Ensino Médio Incompleto	1
	Ensino Médio Completo	5
	Graduado	1
Idade	20 a 30	2
	31 a 40	3
	41 a 49	6
Estado Civil	Solteiro	3
	Casado	6
	Separado	2

Fonte: Elaboração da própria autora.

Tomando por base os dados, apresentados no Quadro 32, dos trabalhadores que retornaram ao trabalho no ano de 2014, em ambas as empresas é possível perceber que de um total de 11 trabalhadores, 10 são do sexo feminino e apenas 1 do sexo masculino. Esta razão pode estar relacionada com a atividade das indústrias pesquisadas, uma vez

que empresas do ramo têxtil empregam mais pessoas do sexo feminino. Alguns autores (Holzmann 2000; Mello, 2000; Nogueira, 2004; Guiraldelli 2007; Torres *et al*, 2012; Pereira et al, 2014) destacam que nas indústrias de confecção de vestuário, setor têxtil e confecção de sapatos prevalece a contratação de mão de obra feminina.

A participação da mão de obra feminina nas indústrias têxteis (fio, tecidos, vestuário e calçados) é destacada por Mello (2000) no período entre 1985 e 1997 a mão de obra feminina representava 50% ou mais do total de trabalhadores do setor têxtil. Conforme apresentado anteriormente, um dos setores com maior representatividade de mão de obra feminina é o têxtil. Em 2013 o mesmo estava entre os setores da economia com maior índice de crescimento, empregando cerca de um milhão e setecentos mil trabalhadores dos quais 73% eram mulheres. Na região de Blumenau/SC emprega trinta mil trabalhadores, dos quais 65% são mulheres (Pereira, 2013). Um estudo realizado no Agreste Pernambucano por Torres *et al* (2012) que buscou analisar a mobilidade do emprego no setor têxtil, atribui significativo destaque para a empregabilidade da mão de obra feminina e o seu respectivo grau de instrução, cujo nível de escolaridade atinge, em sua maioria, apenas o ensino médio completo.

Considerando a escolaridade dos participantes deste estudo, a maioria possui ensino médio, sendo que dos 11 entrevistados, 5 possuem ensino médio completo e 1 possui ensino médio incompleto. As informações encontradas neste estudo corroboram com os resultados encontrados por Torres *et al* (2012), no que se refere ao baixo grau de escolaridade destas trabalhadoras. Em estudo realizado em indústrias do ramo têxtil de Jaraguá do Sul SC por Coimbra (2013), com o objetivo de analisar as trajetórias laborais das trabalhadoras da cadeia têxtil e de vestuário da cidade, de quinze trabalhadores, cinco tinham ensino fundamental, sete com ensino médio completo e três com ensino médio incompleto. Em um estudo realizado por Silva e Kruszielski (2008) na cidade de Brusque/ SC com mulheres do setor têxtil, a baixa escolaridade também foi apontada como uma particularidade desta mão de obra, que em média, apresentou 8,3 anos de estudo, o que corresponde à escolaridade mínima exigida por lei para crianças de 14 anos.

Dados da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), mantida pelo Ministério do Trabalho e do Emprego, que visa o acompanhamento geográfico, setorial e ocupacional da trajetória dos trabalhadores ao longo do tempo, mostram a escolaridade que concentra o maior número de trabalhadores da indústria têxtil brasileira tem até o Ensino médio

completo. No ano de 2010 dos 44.068.355 empregos formais, ou seja, registrados em carteira, 16.533.961 empregados tinham escolaridade entre 5ª série incompleta e Ensino médio Incompleto, apenas 18.443.083 trabalhadores possuíam ensino médio completo, dos quais apenas 8.206.622 são mulheres. No ano de 2011 dos 46.310.631 empregados na indústria têxtil que tinham entre 5ª série incompleta e Ensino médio Incompleto não tiveram alteração significativa, permanecendo em 16 milhões, já o número de trabalhadores com Ensino Médio completo aumentou para 20.017.322.

Embora atualmente as empresas têxteis maiores estejam mudando os requisitos para contratação e exigindo o ensino médio, o setor prioriza o conhecimento prático para setores produtivos (Silva & Kruszielski, 2008). A baixa escolaridade característica destes trabalhadores pode estar relacionada às questões sócias. A região é ocupada por uma população basicamente operária de cultura alemã, que preza pela produção de bens e valores materiais (Silva & Kruszielski, 2008), as mulheres, que na grande maioria migraram de zonas rurais, foram concebidas como um incremento da mão-de-obra fabril da região (Annuseck, 2004). A mulher operária segundo Weinstein (1995) teve a sua identidade constantemente reproduzida e reforçada por políticas e ideologias sociais responsáveis pela criação de uma imagem marginalizada da mulher que trabalha por dinheiro e da idealização da mulher dona de casa.

A faixa etária com maior número de trabalhadores que retornaram ao trabalho está entre 41 a 49 anos, com 6 trabalhadores, seguida da faixa etária de 31 a 40 anos com três. No estudo de Coimbra (2013), em indústrias do ramo têxtil de Jaraguá do Sul SC com o objetivo de analisar as trajetórias das trabalhadoras, a faixa etária com maior número de participantes encontra-se entre 36 e 45 anos, seguida da faixa etária entre 46 e 55 anos. Uma das observações relacionadas à idade pontuadas por Coimbra (2013) pode estar relacionada ao fato de trabalhadoras jovens não se interessarem pela costura, principal atividade do ramo têxtil.

Dados da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) revelam a concentração de mão de obra da indústria têxtil brasileira se encontra na faixa etária entre 30 a 49 anos e, segue aumentando segundo os dados de 2010, 2011 e 2012. No ano de 2010 o setor têxtil concentrava 12.763.418 empregados com idade entre 30 e 39 anos, seguido de 9.499.998 empregados com idade entre 40 e 49 anos. Em 2011 os empregados entre 30 e 39 anos passaram para 13.562.142 e em 2012 para 14.094.370. A faixa etária entre 40 e 49 anos também aumentou,

em 2011 passou para 9.913.632 e em 2012 para 10.157.126 trabalhadores.

No que se refere ao estado civil (tabela 39) dos 11 entrevistados 6 são casados, três solteiros e dois separados. Em Jaraguá do Sul na indústria têxtil pesquisada por Coimbra (2013), das 21 trabalhadoras entrevistadas em sua pesquisa, 19 eram casadas. Uma das características apresentadas por mulheres que trabalham em indústria têxtil, refere-se ao estado civil, em sua maioria são casadas (Cavalcanti, 2005; Silva e Kruszielski, 2008; Pereira *et al.*, 2014). A responsabilidade com o lar tem sido uma característica da mão de obra feminina brasileira, segundo Cavalcanti (2005) 28 milhões de mulheres brasileiras que trabalharam são chefes em seus lares. Este fato confere às mulheres, em específico as trabalhadoras têxteis a dupla jornada de trabalho, uma vez que cumprem além do trabalho o papel de dona de casa, mãe e esposa (Silva e Kruszielski, 2008).

Das 10 mulheres entrevistadas no presente estudo, apenas uma é solteira, sendo que 9 mulheres têm a atribuição dos cuidados com filhos e afazeres domésticos. Das nove mulheres que tem atribuições domésticas além do trabalho fabril, sete são casadas e duas divorciadas. O cuidado dos filhos e atividades do lar recai sobre a mulher, que passa a assumir funções produtivas e reprodutivas além do trabalho doméstico, o que delega à mulher carga extra de trabalho (Natal & Faiman, 2010), o que pode impactar diretamente sobre a condição de saúde.

Considerando as características das funções desenvolvidas pelos participantes desta pesquisa e as respectivas remunerações (Quadro 33) percebe-se que os trabalhadores que retornaram ao trabalho embora estejam distribuídos entre os setores administrativos e produtivos, encontram-se em sua maioria em funções produtivas; os salários variam entre R\$ 1.000,00 a R\$ 1.900,00, na sua maioria cumprem horário de turno e realizam horas extras.

Quadro 33 - Características da Função e Remuneração

Características			
Funções	Produtivas	9	
	Administrativas	2	
Faixa salarial	R\$ 1.000 a 1.300	8	
	R\$1.301 a 1.600	2	
	R\$1.601 a 1.900	1	
Horário de Trabalho	Comercial	2	
	Turno	Primeiro	5
		Segundo	4
Prática de Hora Extra	Sim	6	
	Não	5	

Fonte: Elaboração da própria autora.

No que se refere às funções desenvolvidas 9 dos 11 trabalhadores que retornaram ao trabalho são do setor produtivo e apenas 2 encontram-se em funções administrativas. O tempo médio de afastamento dos trabalhadores das áreas produtivas é de 7 meses, enquanto que para os do administrativo a média é de 3 meses. O maior número de trabalhadores dos setores produtivos afastados pode estar relacionado com condições do próprio ambiente de trabalho e das atividades inerentes ao trabalho. Segundo relato dos participantes do setor produtivo, o volume de trabalho é grande, o trabalho em si é repetitivo, são mantidas posturas corporais constantes e há esforço físico. Já em funções administrativas, embora tenha sido apontada por um participante, a posição constante, esta posição é sentado, existe uma flexibilidade que permite a movimentação entre setores da empresa e alteração da postura corporal. Atividades administrativas geralmente requerem concentração, mas não exigem esforço físico, enquanto que atividades produtivas demandam além de concentração a predominância do esforço físico.

A faixa salarial onde encontram-se o maior número de trabalhadores está entre 1.000,00 e 1.300,00 reais. Dados da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) concluíram que a remuneração média em dezembro de 2011 das indústrias têxteis brasileira era de R\$ 1.133,42 e, em dezembro de 2012 passou para R\$1.244,98. No estudo realizado por Coimbra (2013) em Jaraguá do Sul/SC o piso salarial

girava em torno de 730,00 e 830,00 reais por mês. O Sindicato dos trabalhadores das Indústrias de fiação, malharia, tinturaria e tecelagem (SINDITEX) de Joinville na convenção coletiva do ano de 2013 aprovaram o piso salarial em R\$ 836,00 por mês. No ano de 2014 concedeu reajuste de 7,75% à categoria, o piso salarial passou para R\$ 946,00 reais mensais. Em fevereiro de 2015, após a coleta de informações deste estudo, concedeu reajuste de 8,13% a todos os trabalhadores da categoria e aprovou o piso salarial mínimo de 1.045,00 reais mensais ou 4,75 a hora. Considerando que a faixa salarial onde se concentra a maioria dos participantes desta pesquisa, de 1.000,00 e 1.300,00 reais, no momento da coleta das informações, estava acima do piso da categoria que era de R\$ 946,00 reais mensais de 2014 até fevereiro de 2015.

Um dado que chama a atenção na literatura, refere-se à desigualdade de salários entre homens e mulheres no setor têxtil (Guimarães & Consoni, 2000; Calvalcanti, 2005). No setor têxtil brasileiro as mulheres possuem cargos e salários menores do que os homens, em 1998 o setor têxtil foi identificado como um dos que apresentou maiores diferenciais de remuneração por sexo (Guimarães & Consoni, 2000). Segundo os dados da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), nas indústrias têxteis brasileiras em 2010 a média do salário pago para homens com ensino fundamental completo era de R\$ 1.324,11 enquanto que para mulheres com mesmo nível de estudo era de R\$ 951,07, apenas R\$ 93,21 reais a mais do salário pago para homens analfabetos.

Em 2011 a diferença entre homens (R\$ 1.344,69) e mulheres (R\$ 929,18), com ensino fundamental completo, aumentou. Em 2010 o salário pago para homens com ensino médio completo foi de R\$ 1.666,78, enquanto que para mulheres com mesma escolaridade foi de R\$1.171,13 já em 2011 a o valor correspondeu a R\$1.690,16 para homens e R\$ 1.181,36 para mulheres. O mesmo ocorreu com em todos os níveis de escolaridade quando comparado o sexo e escolaridade. Os homens, segundo Guimarães e Consoni (2000) não só apresentam maiores salários como também ocupam posições hierárquicas mais nobres nas indústrias têxteis.

No que se refere ao horário de trabalho dos participantes do presente estudo, dos 11 trabalhadores apenas dois trabalham em horário comercial (08:00 as 17:48) de segunda a sexta feira e, 9 trabalham em horário de turnos de segunda a seta feira, dos quais 5 trabalham no primeiro turno que corresponde o horário de 13:30 as 14:48 hora e 4

trabalham no segundo turno das 14:48 as 22:48 da noite. Observa-se que os participantes deste estudo, fazem além das oito horas diárias mais 48 minutos de jornada extra, para compensar o sábado e obter folga de dois dias na semana (sábado e domingo). Quando questionados sobre a prática de horas extras, além dos 48 minutos diários, dos 11 trabalhadores 6 afirmaram fazer horas extras por finalidades financeiras, dos quais apenas 1 tem funções administrativas e, 5 relataram não fazer.

Diante do exposto ressalta-se que os participantes deste são trabalhadores que retornaram de afastamento e, que 7 deles, o que representa a maioria, relataram que as dores e sintomas da doença ou problema de saúde pela qual havia sido afastado do trabalho ainda estavam presentes, representando dificuldades em realizar o trabalho e presença de dores constantes destes, 4 fazem hora extras. O que pode ser constatado nos relatos no Quadro 34, que apresenta os relatos que indicam a presença de dores e desconfortos e a execução de jornadas extras de trabalho.

Quadro 34 - Relatos de Dores e Jornada Extra de Trabalho

Participante	Relato
Lucinda	<i>“Eu mudei de função, não tenho que fazer esforço físico como antes, mas fico o dia todo em pé e dói.”</i>
Otilia	<i>“No meu trabalho não faço esforço físico, mas fico sentada muito tempo, ficar sentada o dia todo também incomoda [...]”.</i>
Tâmara	<i>“Quando voltei a trabalhar sentia dor na coluna, não como antes, mas incomodavam [...]”.</i>
Talita	<i>“[...] meu trabalho não é pesado, o único problema é que pra quem tem problema na coluna, ficar muito tempo sentado também dói [...] a dor não adianta, vai doer aqui ou em casa, isso eu tenho que aprender a conviver”</i>

Fonte: Elaboração da própria autora.

Em relação à percepção de capacidade para o trabalho, quatro dos 11 participantes, relataram que o trabalho executado demanda de algum tipo de esforço físico e julgam não estar aptos para o exercício da função na qual estão alocados. Cabe ainda ressaltar que na maioria dos casos, os afastamentos ocorreram devido a problemas físicos relacionados à coluna e joelho; neoplasias e fraturas, o que exigiria cuidados em relação a questões relacionadas ao esforço físico.

O que diferencia os trabalhadores do setor têxtil, em especial as mulheres, segundo Silva e Kruszielski (2008) dos outros profissionais do mercado é o fato de terem seus horários distribuídos em turnos. Os autores, em seu estudo, identificaram que o ritmo de trabalho é alterado sempre que há a necessidade de maior produção na empresa, os trabalhadores cumpriam jornadas adicionais de mais quatro ou cinco horas, somando de 16 a 18 horas de trabalho no dia. A jornada extra de trabalho por demanda de produção pode ser ilustrado por meio do relato de Olivia que diz fazer hora extra porque apenas ela realiza as atividades inerentes ao cargo de revisora e existe uma grande demanda de trabalho. Neste sentido, Silva e Kruszielski (2008) chamam a atenção para a tensão causada pelo excesso de exigências no trabalho, o que pode resultar em problemas de saúde. A jornada extra de trabalho pode ter sido um dos fatores que exerceu impacto sobre a saúde das trabalhadoras de forma a contribuir para a ocorrência do afastamento do trabalho, o que também pode predizer a ocorrência de reincidências futuras de afastamento. O estudo de Coimbra (2013) realizado em indústrias têxteis da região corrobora para as informações levantadas neste estudo, no que se referem às jornadas extras de trabalho, ocorrência de doenças, trabalho excessivo e baixa remuneração.

A realização de jornada extra de trabalho, também foi justificada pelos participantes, por motivos financeiros, o que fica evidente no relato de Lucinda que relata fazer hora extra porque ganha pouco para cumprir com as despesas da casa. Campos (2004), afirma que o trabalho para a pessoa pode ser sentido como uma ação consciente na luta pela sobrevivência. Porém, o cansaço proporcionado por essa luta pode levar muitas pessoas a perderem o sentido e a razão de viver (Silva & Kruszielski, 2008). O desgaste físico, somado à pressão e exigências feitas aos trabalhadores, pode desencadear uma situações de estresse com predominância em sintomas psicológicos (Silva & Kruszielski, 2008).

As situações aqui apontadas, relativas ao papel social da mulher, as funções por elas exercidas, os respectivos salários, a dupla jornada de trabalho com os afazeres domésticos, a realização de horas extras, horários de trabalho e as condições de saúde apresentadas se agravam ao considerar que se trata de trabalhadores que retornaram ao trabalho sem passar por programas de reabilitação e ainda que apresentem dores continuam trabalhando e fazendo hora extra. Tais situações podem estar impondo a esses trabalhadores exigências maiores do que seu organismo pode desempenhar o que pode ser um agravante do problema de saúde,

fator preditivo de novos afastamentos do trabalho e perda da capacidade de trabalho.

5. 2 CONDIÇÕES DO AFASTAMENTO DO TRABALHO

Dos 11 trabalhadores que participaram da pesquisa 4 foram afastados do trabalho com diagnóstico de doenças relacionadas ao sistema osteomuscular e tecido conjuntivo, das quais, uma no grupo das Artroses e duas no grupo das dorsopatias. Três tiveram afastamento devido a lesões e outras causas externas, das quais todas sofreram acidente de trabalho, uma com entorse da coluna e duas com fraturas, uma com fratura de punho e mão e outra com fratura de tornozelo e pé. Três tiveram diagnóstico de neoplasias, das quais duas localizadas no colo do útero e uma localizada na mama. Uma pessoa teve afastamento devido à gravidez de alto risco. Os dados relacionados ao diagnóstico do afastamento podem ser visualizados no Quadro 35.

Quadro 35 - Diagnóstico dos Afastamentos

Diagnóstico do Afastamento								
Empresa	Neoplasias (Tumores) C00-D48		Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo M00-M99		Lesões Envenenamento e Outras Causas Externas S00-S99/ T00-T98			Fatores que Influenciam o Estado de Saúde Z00-Z99
	(C50) Neoplasias (tumores) malignos da mama	(C53) Neoplasia Maligna do Colo do Útero	(M15-M19) Artroses	(M50-M54) Outras Dorsopatias	(S30-S39) Abdomem, Dorso, Coluna Lombar e Pelve	(S60-S69) Punho e Mão	(S90-S99) Tornozelo e Pé	(Z30-Z39) Pessoas em contato com os serviços de saúde em circunstâncias relacionadas com a reprodução
Thirthel	1	1	1	2	1	0	1	1
Nethorn	0	1	0	1	0	1	0	0
TOTAL	3		4		3			1

Fonte: Elaboração da própria autora.

O tempo médio do afastamento (Quadro 36) dos trabalhadores diagnosticados com neoplasias foi de 9 meses, seguido das doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo com tempo médio de 8 meses de afastamento. Tiveram 4 reincidências de afastamento trabalhadores com diagnóstico de doenças do sistema osteomuscular e tecido

conjuntivo, duas reincidências de trabalhadores diagnosticados com neoplasias e duas reincidências em afastamentos com trabalhadores que sofreram acidente de trabalho com fratura. Dos 11 trabalhadores que retornaram ao trabalho apenas um passou por programas de reabilitação.

Quadro 36 - Condições dos Afastamentos por Diagnóstico

Diagnóstico do Afastamento	Neoplasias (Tumores) C00-D48		Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo M00-		Lesões Envenenamento e Outras Causas Externas S00-		Fatores que Influenciam o Estado de Saúde Z00-Z99
Tempo médio de Afastamento	9 Meses		8 meses		3 Meses e 15 Dias		6 Meses
Reincidência No Afastamento	Não 1	Sim 2	Não 0	Sim 4	Não 2	Sim 1	Não 1
Participação em Programa de Reabilitação	Não 2	Sim 1	Não 4	Sim 0	Não 3	Sim 0	Não 1

Fonte: Elaboração da própria autora.

Quatro trabalhadores não apresentaram comorbidade no diagnóstico do afastamento (Quadro 37). Três apresentaram comorbidade de transtornos mentais e do comportamento, dois apresentaram comorbidade relacionada a dorsopatias e um com calculose renal.

Quadro 37 - Comorbidade de Diagnóstico no Afastamento

Empresa	Não	Transtornos Mentais e Comportamentais	Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo M00-M99	Doenças do Aparelho Geneto Urinário
		F00-F99 Transtornos Mentais e do Comportamento	(M50-M54) Outras Dorsopatias	(N20-N23) Calculose renal
Thirthel	3	2	1	1
Nethorn	1	1	1	0
Total	4	3	2	1

Fonte: Elaboração da autora.

As lesões por esforço repetitivo, distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho, têm ocupado lugar de destaque no que se refere à saúde de trabalhadores. Considerando os trabalhadores que tiveram como diagnóstico doenças do sistema osteomuscular e do tecido Conjuntivo CID M00 ao M99 e que levaram ao afastamento do trabalho, três estavam relacionados com lombalgias e uma com Gonartrose. Entre os trabalhadores que tiveram comorbidade relacionada com doenças do sistema osteomuscular dois estavam relacionados com Síndrome do Manguito Rotador.

As dores lombares incidem em cerca de 80% da população em algum momento da vida, o que representa um alto índice de afastamentos e incapacidade para o trabalho e elevado custo para a Previdência Social (Caraviello, 2005). Em um estudo realizado com trabalhadoras das indústrias têxteis de Blumenau SC, Polizelli e Leite (2010) citado por Coimbra (2010) concluem que a lombalgia reflete a cultura germânica da região, onde é atribuída importância central ao trabalho, assim as trabalhadoras se esforçam para continuar trabalhando independente da sensação de dor. As autoras identificaram duas categorias interpretativas para as lombalgias, a dor lombar sob o aspecto da normalidade que faz parte do cotidiano e, a dor sentida que é acompanhada de angústia e sofrimento.

As lombalgias e as posturas de trabalho foram relatadas pelos participantes com lombalgias como um fator que dificulta o trabalho,

uma vez que ocasiona dores. Assim, um dos fatores que pode ter contribuído para as lombalgias é a posição de trabalho adotada na maioria das funções do ramo têxtil: a grande maioria das funções exige posições estáticas, com elevação de membros e movimentos repetitivos. Um exemplo é a função de beneficiadora, que é realizada sentada com elevação do braço e movimento contínuo. A posição continua pode ser observada no relato de Tairine:

“Eu já sentia dor nas costas bem antes de me afastar, [...] Como trabalho sentada, a mesma posição cansa e as vezes dá uma dor ou outra[...]” (sic.) A relação entre posição de trabalho e dores lombares também são explanadas por Talita: “[...] Depois a coluna começou a incomodar [...] o meu trabalho não é pesado, o único problema é que pra quem tem problema na coluna, ficar muito tempo sentado também dói [...]” (sic).

No estudo de Coimbra (2013) também foram identificados lombalgias relacionadas ao trabalho em indústria Têxtil. O diagnóstico das lombalgias é amplo, mas o principal grupo de afecções está relacionado à postura e movimento inadequado e às condições de saúde do trabalho (Chung, 1999, Caraviello, 2005)

A elevação dos braços, pode ainda contribuir para o desenvolvimento de tendinites. A elevação dos membros superiores, também são relacionados à dor por Tairine, “ [...] os dois serviços são um dilema, um precisa ficar o tempo todo sentada com braço erguido e o outro o tempo todo em pé, nos dois dói a coluna [...]”(sic).

A Síndrome do Manguito Rotador foi uma das doenças osteomusculares diagnosticada como comorbidade que ocasionou o afastamento de dois trabalhadores que retornaram ao trabalho. A síndrome do manguito rotador está relacionada aos movimentos do membro superior em posições elevada, que gera instabilidade para a articulação, estresse nas estruturas da articulação e aumento no potencial de lesão (Busso, 2004). Os sintomas estão relacionados com dor no ombro que podem causar fibrose e tendinite crônica até ruptura completa do manguito. O quadro pode causar alterações e prejuízos estruturais e funcionais reversíveis apenas com intervenção cirúrgica (Heberts, 2003).

Ainda no grupo das doenças osteomusculares que tiveram como diagnóstico de afastamento de uma das trabalhadoras está a Gonartrose

do joelho. A Gonartrose pode ter várias causas, entre elas, lesão ligamentar ou agressão articular. Segundo Thompson (2002) a Gonartrose atinge mais o sexo feminino devido às diferenças anatômicas e é caracterizada pela presença de dor, espasmos musculares, rigidez, limitação do movimento, desgaste e fraqueza muscular e pode gerar perda de função.

Em estudo que buscou identificar o nexos técnico epidemiológico previdenciário pela Previdência Social na região de Itajaí/SC, Silva (2011) afirma que as doenças musculoesqueléticas têm sido a maior causa de agravos caracterizados como doenças relacionadas ao trabalho no país. Em Santa Catarina, no ano de 2008, o SUS internou quase 12.000 pacientes por doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo, o que representou um gasto de mais de 16 milhões de reais no período. No estudo Silva (2011) coletou dados de 27.583 segurados do INSS afastados do trabalho por acidentes ou doenças osteomusculares entre 2005 e 2008 nas agências pertencentes à Gerência Executiva de Blumenau (SC). A prevalência de afastamentos 27.583 segurados foi do sexo feminino, com 16.401 (59,46%). A população que mais recorreu aos benefícios do INSS tinha perfil de renda entre um e quatro salários-mínimos.

No que se refere ao diagnóstico de comorbidade (Quadro 37), 11 participantes, três apresentaram diagnóstico relacionados aos Transtornos do Humor com Transtornos Depressivos. Duas foram diagnosticadas com Transtorno Depressivo Recorrente com episódio leve (CID f 33.0) e uma com Transtorno Depressivo Recorrente com episódio grave sem sintomas psicóticos. Cabe ressaltar que outra participante, recebeu durante o afastamento, diagnóstico de depressão pós-parto. Os transtornos de humor apresentam como característica comum alterações no humor (Barlow & Duran, 2008) e são divididos em: Transtornos Depressivos, Transtorno Bipolar e dois Transtornos baseados na Etiologia; Transtorno do humor devido a uma condição médica geral e Transtorno de Humor induzido por substâncias (Silva & Kruszielski, 2008). O termo transtorno, na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10a revisão (CID-10) é usado para indicar a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos, clinicamente reconhecíveis, associados a sofrimento e alteração das funções pessoais.

Os critérios de diagnóstico dos Transtornos Depressivos indicam um estado de humor deprimido, que inclui basicamente sintomas cognitivos como sentimento de menos valia e indecisão e, funções físicas perturbadas como alteração dos padrões do sono, mudanças

significativas no apetite e no peso e, perda de energia. O Episódio geral é acompanhado pela perda de interesse, denominada anedonia, nas coisas e pela incapacidade de sentir qualquer prazer, incluindo interações sócias (Barlow & Duran, 2008).

O episódio depressivo, segundo a CID-10 é caracterizado pelo rebaixamento do humor, redução da energia e da atividade com alteração da capacidade de experimentar prazer, perda de interesse, diminuição da concentração, geralmente associada com fadiga. O episódio depressivo pode apresentar diminuição da autoestima e autoconfiança, com presença de culpa. A gravidade dos sintomas é avaliada em três graus: leve, moderado e grave.

Os sintomas decorrentes de quadros depressivos e os seus respectivos graus ficam evidentes nas falas das participantes Lilia e Olivia ambas diagnosticadas com transtorno depressivo leve e, Otilia cujo grau é considerado grave. Os sintomas são descritos por Lilia:

“Meu chão caiu quando médico me falou que eu estava com câncer[...] Fiquei revoltada com tudo e com todos. Deus? Onde ele estava? Porque comigo? [...]no começo eu não queria que ninguém soubesse [...] eu sofri muito com o tratamento, perdi meus cabelos [...]no começo eu chorava e não queria que ninguém me visse [...] eu tive que tirar seio, fiquei reta [...]voltar para o serviço foi bom [...] eu converso com outras pessoas e não fico tão sozinha” (sic Lilia)

Ficam evidentes, que Lilia apresenta sentimentos de desesperança e revolta em relação ao diagnóstico, sentimentos de vergonha, indícios de alteração da autoestima e sentimentos de solidão. na fala de Olivia, aparecem sintomas semelhantes:

[...] era um sofrimento[...] sem falar na angustia e tristeza que dá [...] comecei a me sentir triste e sozinha [...]não tinha com quem conversar, mas também eu não queria falar com ninguém [...] mas algumas vezes quando aparecia alguém lá em casa pra me visitar, eu ficava bem quietinha pra dizer que eu não tava em casa e não atendia [...]

Os sintomas depressivos apresentados por Olivia estão relacionados ao sofrimento psíquico, rebaixamento do humor, com sentimentos de angústia, tristeza e solidão e alteração do comportamento social. Já Otilia, que recebeu diagnóstico de Transtorno Depressivo cujo grau foi considerado grave verbaliza que:

[...] Quando o médico me falou que eu tinha esta doença, eu chorei muito [...] muitas coisas passaram na minha cabeça [...] que eu poderia morrer; que eu nunca iria conseguir ter um filho e isso me frustra muito [...] o impacto de uma notícia destas dói muito [...] também me faz com que eu me sinta culpada em não poder dar um filho para ele [...] não tenho o direito de impedir que ele realize um sonho, pensei em me separar [...] Eu chorava e choro muito, às vezes sem motivo nenhum, simplesmente me dá um nó na garganta e não consigo segurar o choro [...] com esta situação, mais a doença eu fiquei deprimida, não queria conversar com ninguém, me senti um nada [...] sei que mudei com meu marido, ao mesmo tempo em que ele tentava me ajudar eu achava algum motivo para brigar com ele, parece que eu estava tentando fazer com que ele pedisse a separação, talvez isso, me desse um alívio naquele momento [...] mas eu não tinha nada a perder e fui [...]” (sic).

Conforme observado acima, Otilia apresenta sintomas relacionados a desesperança em relação ao futuro, sentimentos de culpa, sofrimento psíquico, rebaixamento do humor, crises de choro sem motivo aparente, alteração da auto estima e mudança de comportamento em relação a vida cotidiana e social.

Diante do exposto, percebe-se que o grau do quadro depressivo é expresso por meio da vivência e experiência subjetiva de cada indivíduo. Os sintomas depressivos estão relacionados com fatores biológicos e psicológicos que podem ser desencadeantes ou agravantes. Estes fatores provocam diferentes reações nas pessoas quando apostas á frente a um episódio, por ela vivenciada como estressor (Cordas et.al., 1997). Assim, a vivência do quadro depressivo pode variar de um indivíduo para o outro, e este pode ser desencadeado frente a uma frustração pessoal sentida com intensidade, de acordo com fatores biológicos e psicológicos de cada indivíduo.

Os sintomas depressivos, também no caso de Derli, que após afastamento recebeu diagnóstico de depressão pós-parto:

“Eu e meu marido sempre quisemos ter um filho [...] me arrependo de ter engravidado [...] eu não imaginei que as coisas eram tão difíceis [...] ando só chorando [...] com uma angústia e tristeza que nem eu sei do que, ultimamente não sei nem como não me separei, não sei como ele me agüenta, tudo me irrita e eu desconto nele” (sic).

No caso de Derli ficam evidentes sintomas depressivos relacionados relativo a perda de Interesse e prazer em realizar o desejo da maternidade, arrependimento, rebaixamento do humor com sentimentos de Angústia e tristeza sem motivos aparentes e, irritabilidade e sentimentos de culpa em relação ao relacionamento conjugal.

Embora apenas quatro participantes tenham recebido diagnóstico de transtorno depressivo, diante do descrito, por outras quatro participantes (Celina, Lucinda, Tamara e Marilda) sugerem-se sentimentos típicos de sintomas de quadros depressivos:

[...] começou também o sacrifício[...] fazer exames, gastar com remédios e nada resolve [...] não me sinto bem para retornar ao trabalho [...] as pessoas me olham como se eu não quisesse fazer meu trabalho e me sinto mal por não poder fazer e pelo o que pensam de mim” (sic, Celina).

[...] agente não pode fazer nada além de ir no médico [...] médico falou que eu tinha condições de trabalhar, mas eu sei a dor que sinto[...] (sic, Lucinda)

“Quando voltei a trabalhar sentia dor na coluna, não como antes, mas incomodavam [...] me sentia angustiada” (sic, Tamara)

[...] sei que a culpa foi minha [...] eu me afastei porque quebrei o pé [...] eu não culpo a empresa, [...] vou voltar para o beneficiamento daqui uns quinze dias, nem vejo a hora” (sic, Marilda).

Os sentimentos descritos por Celina sugerem desesperança, perda da confiança e culpa. Os descritos por Lucinda desesperança, impotência frente à condição de saúde e mal estar experimentar vivências dolorosas nas atividades laborais. Tamara apresenta sentimentos de angústia frente às dores físicas e Marilda sentimentos de culpa em relação a ocorrência do acidente de trabalho e insatisfação relacionada a função exercida. As falas das participantes sugerem que pode haver uma predisposição para o desenvolvimento de quadros depressivos futuros. Estas evidências ainda podem sugerir a existência de quadros depressivos, muito embora não tenham sido diagnosticadas por um médico. Em função dos interesses financeiros e da legislação referente à saúde do trabalhador, Segundo Souza e Faiman (2007) apontam que o trabalhador que necessita de afastamento devido a uma condição de saúde, precisa da comprovação e a classificação da doença. Considerando que a concepção predominante de diagnóstico, apóia-se principalmente nos aspectos biomédicos, comprováveis por meio de exames objetivos, as perturbações de ordem psicológica tendem a ter seu reconhecimento dificultado. Seligmann-Silva (1995) descreve que as síndromes depressivas podem ter sua patogenia, desencadeamento e evolução nitidamente associados às vivências do trabalho, podendo se manifestar por sintomas como: tristeza, vivências de perda ou fracasso e falta de esperança.

Em uma pesquisa realizada por Silva e Kruszielski (2008), que buscou a relação entre o estresse e os sintomas depressivos nas mulheres que trabalham no setor têxtil da cidade de Brusque/SC dados parecidos forma encontrados. Os sintomas de depressão foram a queixa mais frequente entre mulheres que trabalham no setor têxtil de Brusque. Os autores apontam que fatores característicos de trabalho do setor na região, podem contribuir para o número elevado de sintomas depressivos nesta população. São apontadas como fatores característicos do trabalho têxtil: a empregabilidade da mão de obra feminina, a dupla jornada, hora extra, horários de sono alterado devido aos horários de turnos e a importância atribuída ao trabalho típico da cultura germânica da região. Salienta-se que dada a proximidade da região onde a presente pesquisa foi desenvolvida com a região de Brusque, todos os fatores apontados por Silva e Kruszielski (2008), também foram encontrados, os quais são apresentados e discutidos ao longo deste capítulo.

Salienta-se ainda que, estudos (Rocha & Ribeiro, 2001; Areias & Guimarães, 2004, Silva e Kruszielski (2008) atribuem ao sexo feminino maiores fatores psicossociais de risco, bem como piores índices de saúde mental quando comparados ao sexo masculino. Neste estudo, dos

11 participantes, apenas 1 era do sexo masculino, sendo 10 do sexo feminino, das quais 4 possuem diagnóstico de depressão e quatro apresentam sintomas típicos do transtorno, diante das características e do número de participantes o comparativo entre sexo e depressão, neste estudo, não seria possível.

A OMS (2001), aponta a depressão como uma das principais causas de incapacidade para o trabalho, estando mundialmente entre as cinco doenças com maior índice de incapacidade. A Federação de Saúde Mental (2005) divulgou em sua pesquisa que 64% das pessoas deprimidas relataram ausentar-se do trabalho, em média, as ausências ao trabalho representam 19 dias por ano, sendo que 80% sujeitos relataram redução da produtividade.

De acordo com Mendes (2003), a atividade laboral pode participar como colaboradora e como desencadeadora das doenças ocupacionais, que envolvem, nas suas origens, elementos psicológicos, aspectos físicos e sociais e o próprio ambiente de trabalho. Algumas características do trabalho podem colaborar para o adoecimento e fazer com que o trabalho seja vivenciado em nível de sofrimento. Estas características estão relacionadas a sobrecarga de trabalho, assédio moral, rigidez hierárquica, com excesso de burocracia, ingerências políticas, centralização de informações, falta de participação nas decisões e não-reconhecimento, pouca perspectiva de crescimento profissional, incoerência entre o conteúdo da tarefa e as aspirações dos trabalhadores, desestruturação das relações psicoafetivas com os colegas, despersonalização com relação ao produto e frustrações.(Ferreira e Mendes, 2001).

Dos elementos relativos à atividade profissional que podem contribuir para o desencadeamento de doenças apontadas por Ferreira e Mendes (2001), por meio do discurso dos participantes desta pesquisa, não foram evidenciados o assédio moral, excesso de burocracia, ingerências políticas, centralização de informações e, falta de participação nas decisões, incoerência entre o conteúdo da tarefa e as aspirações dos trabalhadores. Porém, o discurso dos participantes pode sugerir evidências de rigidez hierárquica em alguns casos, enquanto que em outros parece haver certa flexibilidade quanto à mudança de função após o retorno ao trabalho.

As informações colhidas neste estudo sugerem que as empresas possuem dada flexibilidade em relação à alocação do trabalhador para funções mais adequadas frente sua condições de saúde ao retornar ao trabalho, conforme relatos:

“[...] Eu mudei de função, não tenho que fazer esforço físico como antes” (sic, Lucinda); “[...] me mudaram de serviço, de beneficiadora fui para embalagem [...]” (sic, Tairine); “Quando voltei (do afastamento) vim para a embalagem por que não precisa subir em lugar nenhum” (sic, Marilda), parece que a flexibilidade em relação aos setores produtivos apresentados acima, encontra-se apenas na alteração da função, enquanto que parece existir uma flexibilidade em relação as condições de trabalho em cargos administrativos, conforme relato de Otilia que exerce funções administrativas: “[...] tenho a liberdade de tomar um café, dar uma voltinha em outros setores” (sic, Otilia).

O fator pouca perspectiva de crescimento, foi descrito apenas por um participante *“[...] mas o serviço que faço está pesado para mim, mas sem estudo, o que me resta? (sic, Celina).* Já a sobrecarga de trabalho aparece na fala de 6 dos 11 participantes:

“[...] bastante tecido pra revisar e sou só eu de revisora no meu setor eu tenho que fazer hora extra pra dar conta de revisar tudo” (sic, Olivia);

“[...] tem bastante trabalho, temos que cumprir a meta de produção diária, [...] A líder [...] cobra produção e fica em cima da gente” (sic, Tairine);

“[...] a nossa chefe não entende a gente, não direito passa as coisas que tem pra fazer e depois vem cobrar a produção” (sic, Tamara);

“O meu trabalho exige muito raciocínio [...] a noite eu deito na cama e fico pensando no que tenho pra fazer, nem sempre eu do conta [...] aí eu fico trabalhando até mais tarde” (sic, Otilia);

“[...] quando eu tinha que fazer a limpeza do escritório, que fazia na sexta, eu passava sábado e domingo deitada” (sic, Celina);

“[...] o meu trabalho não exige esforço físico, mas tem bastante coisa para fazer todo dia” (sic, Marilda).

O fator relacionado à desestruturação das relações psicoafetivas com os colegas, aparecem tanto relacionadas aos pares como também à chefia imediata. Assim, serão apresentadas as falas relacionadas aos pares foram:

“As pessoas me olham como se eu não quisesse fazer meu trabalho e me sinto mal por não poder fazer e pelo o que pensam de mim” (sic Celina);

“[...] porque aqui na empresa, todo mundo quer saber das coisas pra ficar comentando [...] no setor, sempre tem encrenca, sempre tem um que discute com outro, ou que não quer ajudar” (sic Lilia).

“[...] no meu setor, o pessoal não colabora uns com outros e sempre tem fofoca e briguinhas” (sic, Tamara).

As falas que trazem conteúdos de relacionamento que denotam psicoafetivo negativo com chefia podem ser observadas nos relatos:

“[...] acho que minha chefe mudou comigo depois disso, às vezes ela pedia algo e eu sentia dor e ela dizia que se eu não podia trabalhar devia pagar atestado [...]” (sic, Tamara);

“[...] a nossa equipe era melhor antes dela (líder) chegar, a gente se dava bem, agora é um cobrando do outro pra atingir meta e isso faz com que tenha desavença” (sic, Tairine);

“[...] não gosto da minha chefe, ela não sabe pedir as coisas com jeito a minha chefe do beneficiamento era bem melhor” (sic, Marilda);

“[...] o meu chefe! Nem adianta reclamar das coisas, ele nunca resolve nada, as vezes eu reclamo que tem muito tecido estragado e é o mesmo de não falar nada [...]” (sic, Olivia).

As evidências relacionadas ao fator frustrações, podem ser evidenciadas ao longo das falas apresentadas. Considerando que a depressão é uma das principais causas de incapacidade para o trabalho (OMS,2001), que os elementos relativos ao ambiente de trabalho (Mendes, 2003), podem contribuir para o desencadeamento ou agravamento das condições de saúde, considerando ainda que os participantes desta pesquisa são trabalhadores que retornaram as atividades laborativas após afastamento que, os 11 participantes apontaram sentir algum tipo de dor física ao retornar as atividades que, destes 8 ainda apresentavam dores no momento da coleta de dados que, dos 11 participantes 4 apresentam diagnóstico de depressão que, outros quatro apresenta sintomas de quadros depressivos, é possível afirmar, com base na literatura e nas informações de campo, que o ambiente e as condições de trabalho destes entrevistados, tendem a agravar sua condição de saúde. Cabe salientar que, os participantes que apresentaram diagnóstico ou sintomas de depressão também apresentam sintomas físicos relacionados à dor e, são mulheres que, possuem jornada dupla de trabalho com os afazeres domésticos e ainda assim, estão submetidas a execução de horas extras com cobrança de produtividade e não há bom relacionamentos entre pares e chefia.

5.3 CONDIÇÕES DE RETORNO AO TRABALHO

No momento da coleta de dados 4 trabalhadores haviam retornado ao trabalho em um período entre 15 dias e um mês, quatro haviam retornado entre dois e três meses e dois entre 4 e 5 meses. Dos 11 trabalhadores que participaram da pesquisa 7 não tiveram mudança de cargo ou função e 4 tiveram mudança temporária de função. O uso de medicamento é feito sob prescrição médica por 7 trabalhadores, apenas 4 trabalhadores não faz uso de medicamento conforme Quadro 38.

Quadro 38 - Condições de Retorno ao Trabalho

Empresa	Tempo Médio que Retornaram ao Trabalho		Mudança de Cargo/Função		Uso de Medicamentos	
			Não	Sim	Não	Sim
Thirthel	15 dias a 1 mês	3	5	3	2	6
	2 a 3 Meses	2				
	4 a 5 Meses	1				
Nethorn	15 dias a 1 mês	1	2	1	2	1
	2 a 3 Meses	2				
	4 a 5 Meses	1				

Fonte: Elaboração da autora.

5.4 CONDIÇÕES DE SAÚDE E DO AMBIENTE DE TRABALHO: ANTES E DEPOIS DO AFASTAMENTO

Dos 11 trabalhadores que retornaram ao trabalho e participaram da pesquisa 6 relataram que sentiam dores antes do afastamento, 7 apresentavam sentimentos de bem estar com o trabalho e 9 estavam satisfeitos com o trabalho e função exercida. A qualidade do relacionamento entre pares e chefias foi atribuído o conceito bom por 4 trabalhadores e excelente por 7 trabalhadores (Quadro 39) considerando o período que antecedeu o afastamento.

Quadro 39 - Avaliação da Condição de Saúde e do Ambiente de Trabalho Anterior ao Problema de Saúde que Ocasinou o Afastamento

Saúde							Ambiente de Trabalho	
Empresa	Condição de Saúde Física		Condição de Saúde Psicológica				Qualidade do Relacionamento com Pares e Chefias	
	Presença de Dores e/ou Desconforto Físico		Sentimento de Bem Estar ao realizar o Trabalho		Satisfação com Trabalho/Função			
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Bom	Excelente
Thirthel	5	3	5	3	6	2	3	5
Nethorn	1	2	2	1	3	0	1	2
Total	6	5	7	4	9	2	4	7

Fonte: Elaboração da autora.

Considerando o período após o afastamento, quando ocorreu o retorno ao trabalho (Quadro 40) 10 trabalhadores relatam continuar com dores relacionadas ao diagnóstico do afastamento, dos quais 6 descrevem raramente sentir dores e/ou desconfortos físicos e 4 descrevem sentir dores e/ou desconfortos físicos com frequência, ilustrados nas falas apresentadas abaixo:

“[...]quando voltei a trabalhar sentia leves dores quando precisava fazer força [...]” (sic, Dinis); “Quando voltei a trabalhar sentia dor na coluna, não como antes, mas incomodavam [...]” (sic, Tamara); “[...] pra não doer tanto, a gente tenta dar uma mudada no corpo [...]” (sic, Tairine); “o que eu mais queria era poder trabalhar e não sentir dores. [...] mas não consigo nem fazer coisas simples[...]sem sentir dor” (sic, Celina).

Uma vez que as atividades inerentes ao trabalho é o meio pelo qual o sujeito consegue se personalizar, este deve englobar o conforto do sujeito. Qualquer forma de impedimento das atividades relacionadas ao trabalho induz uma mobilização do dinamismo interno e da energia vital do sujeito. Desprovido deste objeto para investir a energia vital, o sujeito se esvazia, se retrai e perde a experiência do significado do trabalho (Bendassolli, 2011). O prejuízo associado à demanda física pode refletir na saúde psíquica, pois o aumento do trabalho muscular está associado ao declínio da capacidade para o trabalho e por sua vez influenciam na vida do trabalhador (Duran & Cocco, 2004).

A sobrecarga do corpo tem impactos importantes sobre a saúde psicológica e pode predispor o sujeito a desenvolver doenças relacionadas ao trabalho, entre elas o estresse. Neste sentido, Silva e Kruszielski (2008) destacam a importância de relacionar os fatores externos e internos, como fontes estressoras, as quais um elevado número de trabalhadoras, em especial na área têxtil, estão submetidas. Como fatores externos, são destacados a dupla jornada de trabalho, horário de trabalho, exigências de produtividade, horas extras, conflitos pessoais e dificuldades internas para lidar com fatores externos.

No que se refere à saúde psicológica (Quadro 40), 2 relataram sentimentos de bem estar em relação ao trabalho e 9 relataram que não sentem-se bem no trabalho por motivos relacionados a dores e

desconfortos, com pares e chefias e insatisfação com trabalho, conforme pode ser observado nas falas ilustradas abaixo:

“[...] Não me sinto bem para retornar ao trabalho [...] (sic, Celina); “ [...] quando eu voltei não tava boa ainda [...] não me sinto bem [...] sinto dores [...] e isso causa um sofrimento, trabalhar com dor não é fácil ” (sic, Lucinda);

“Quando voltei pro serviço, eu sentia ânsia e tontura [...] não me sentia bem no trabalho, porque de tudo [...] tinha que ficar dando satisfação pros outros de como eu estava (sic, Lilia);

“[...] dou graça chegar em casa [...] (sic, Tairine);

“[...] é o lugar onde eu trabalho não é muito bom, [...] o meu chefe! ele nunca resolve nada [...] estes dias atrás a gente (ela e o chefe) andou meio que batendo boca” (sic, Olivia).

A percepção dos trabalhadores em relação ao seu próprio labor é fundamental para a qualidade das relações que se estabelecem e moldam o trabalho, de modo a sustentar ou não, a noção de que ele pode contribuir para o bem ou mal estar (Augusto, et. al., 2013).

No que se refere à satisfação com o trabalho e a função que desenvolvem (Quadro 40), 6 relataram estar satisfeitos e gostar do trabalho, 5 relataram estar insatisfeitos, os motivos apontados para a insatisfação foram relacionados a postura de trabalho, a própria função exercida e a chefia, conforme ilustrado nas falas abaixo:

“[...] eu não estou satisfeita com minha função [...] tenho que ficar muito tempo em pé” (sic, Tamara);

“Eu gosto do meu trabalho e me sinto bem nele [...]” (sic, Olivia);

“ [...]eu gosto do que faço e também porque eu converso com outras pessoas” (sic, Lilia).

“Gosto do que faço, mas tenho passado por poucas e boas [...]” (sic, Derli).

“ [...] Me sinto ótimo por neste trabalho e nesta empresa [...]” (sic, Dinis).

A satisfação do trabalhador com sua própria função podem sofrer impactos relativos às vivências do próprio afastamento e a danos psicológicos deste período. Assim, a retomada ao trabalho é uma experiência cheia de significados pessoais e muitas vezes difíceis, com novas questões que se conjugam a vivência do adoecimento, do afastamento até mesmo a atividade em si, conferindo-lhes novos sentidos (Souza & Faiman, 2007). Os novos sentidos conferidos ao trabalho, após o afastamento, podem gerar dificuldades nos relacionamentos interpessoais (vertical e/ou horizontal na hierarquia), pressão por produtividade, frustração no que se refere a expectativas de reconhecimento, de salário; sentimento de justiça, enfrentamento de dificuldades das atividades, medo do desemprego, medo de não satisfazer às exigências da função ou de não conseguir agradar o superior. Todos estes fatores podem estar presentes em diferentes formas e em diferentes intensidades, despertando diversas reações em função das características psicológicas de cada sujeito (Souza & Faiman, 2007).

Considerando os diversos fatores envolvidos no exercício profissional e que a identidade é um processo em permanente construção, as experiências de afastamento do trabalho, de retorno ao trabalho e de recolocação podem exercer forte impacto sobre a subjetividade e repercutir no equilíbrio e na saúde do trabalhador (Souza & Faiman, 2007).

A experiência de retorno ao trabalho possui segundo Souza e Faiman (2007), aspectos de luto relacionados ao prejuízo da saúde e à perda de sua antiga função. Os aspectos de luto relacionados à antiga função podem ser observados na fala de Marilda, possivelmente vivenciados também pelos demais: *“Quando voltei vim para a embalagem, mas eu não gosto, [...] não gosto de trabalhar aqui na embalagem” (sic).*

No que se refere à qualidade do relacionamento entre pares e chefias (Quadro 40), 8 trabalhadores não identificaram mudanças e três apontam que a qualidade do relacionamento entre pares e chefias agravou-se após o retornado ao trabalho, conforme falas abaixo.

São várias as dificuldades as quais os trabalhadores se deparam ao retornar ao trabalho, além da necessidade de aprender a lidar com limitações ou seqüelas ocasionadas pela condição de saúde, precisa ainda, adaptar-se ao ambiente de trabalho e ao relacionamento com pares e chefias. Ao retornar ao trabalho e sentir-se discriminado em função do distúrbio ou doença que motivou o afastamento têm impactos importantes sobre a saúde psicológica, uma vez que demanda a mobilização de recursos psíquicos em busca da adaptação (Souza & Faiman, 2007). O sentimento de discriminação em função da condição de saúde fica evidente na fala de Lucinda: “[...] acho que estar trabalhando assim (refere-se a dor), prejudica a produção [...]ninguém falou isso, mas a gente percebe [...]” (sic, Lucinda).

As chefias, segundo Noro e Kirchhof (2004), pela falta de preparo em lidar com determinadas situações, sentem-se ameaçadas diante do trabalhador e, portanto, exercem atitudes de controle sobre os mesmos. O controle da chefia pode ser ilustrado pela fala de Tamara: “[...] acho que minha chefe mudou comigo depois disso, às vezes ela pedia algo e eu sentia dor e ela dizia que se eu não podia trabalhar devia pegar atestado [...]” (sic). Esta demonstra a gestão parte de pressupostos autoritários, uma vez que sugerem que a trabalhadora deveria executar as atividades sem que a condição de saúde fosse considerada, pois caso esta fosse fator de impedimento do trabalho, deveria buscar um médico.

A maneira como o trabalhador percebe o suporte organizacional é influenciada segundo Fraser (1983) dentre outros, pela sinceridade das expressões de elogios ou não, e expressões de aprovação ou desaprovação emitida pela chefia ao se relacionar com seus subordinados. A influência e o impacto psicológico das expressões negativas da chefia para com o trabalhador pode ser ilustrado por meio da fala de Derli: “acho que piorou (refere-se a chefia) por que eu vejo que me olha de cara feia [...] as vezes eu vou pro banheiro chorar [...]” (sic). A melhoria das relações com supervisor e dos processos organizacionais do trabalho estão fortemente associados a melhora da capacidade para o trabalho (Tuomi, 1997).

No que se refere à percepção da capacidade de retornar ao trabalho no momento da sua ocorrência (Quadro 40), 6 relataram que percebiam-se aptos para retornar ao trabalho, enquanto que 5 percebiam que não tinham condições de retornar, conforme ilustrado nas falas abaixo:

A principal função do afastamento segundo Souza e Faiman (2007), é propiciar a oportunidade de tratamento, que deve considerar que a interrupção das atividades tem múltiplas e diferentes repercussões

para o trabalhador, que englobam aspectos da personalidade e do contexto social em que vive. Na fala de Lilia, ficam evidentes os aspectos psicológicos e sociais envolvidos no processo de afastamento e retorno ao trabalho: *“Voltar para o serviço foi bom, eu gosto do que faço e também porque eu converso com outras pessoas e não fico tão sozinha”* (sic). A fala de Lilia sugere que o retorno ao trabalho pode ter contribuído para o bem estar psicológico, o qual está relacionado com fatores de convivência social.

O afastamento, nem sempre propicia oportunidade de tratamento ao trabalhador acometido por doenças, sendo que alguns retornam ao trabalho sem ter a remissão da doença ou sintomas que delam decorre, conforme pode ser ilustrado na fala de Celina, uma das participantes que avaliou não ter capacidade de retornar ao trabalho:

“Não me sinto bem para retornar ao trabalho, o que eu mais queria era poder trabalhar e não sentir dores. Peço a Deus todos os dias que me de saúde para trabalhar, mas não consigo nem fazer coisas simples como lavar a louça do café sem sentir dor [...]” (sic, Celina).

Muitas são as dificuldades enfrentadas por trabalhadores acometidos por agravos relacionados à saúde ao retornar ao trabalho. Estas dificuldades segundo Toldrá et. al. (2010) estão relacionadas à própria experiência do retorno ao trabalho, às limitações funcionais decorrente da condição de saúde, os obstáculos vivenciados junto às empresas, ao INSS e aos serviços de saúde.

As limitações decorrentes da condição de saúde, bem como os obstáculos relacionados ao INSS e ao atendimento médico podem ser ilustradas pelas falas das trabalhadoras que consideram não ter capacidade de retornar ao trabalho, Tamara, Lucinda e Celina:

“Quando voltei a trabalhar sentia dor na coluna [...]se no meu trabalho tenho que ficar em pé e erguer caixas [...] falei pro médico, mas não adiantou ele me liberou pra trabalhar [...]” (sic, Tamara).

Na fala de Tamara fica evidente os obstáculos relacionados à própria condição de saúde, relativos função desempenhada na empresa e aos serviços de saúde. Já na fala de Lucinda, ficam evidentes os entraves com os serviços de saúde: *“Eu retornei ao trabalho por que o*

médico falou que eu tinha condições de trabalhar, mas eu sei a dor que sinto [...]” (sic, Lucinda); Enquanto que na fala de Celina: “Eu me sinto abandonada, esse INSS sinceramente não serve pra nada. Quando a gente precisa, eles não fazem nada, na época de política todo mundo promete, depois ta aí o que a gente recebe em troca (sic, Celina)” fica evidente o sentimento de frustração frente aos obstáculos relativos ao INSS.

Cabe ressaltar que dos 6 trabalhadores que consideraram ter capacidade para retornar ao trabalho, 5 mencionam a presença de dores, conforme falas:

“Agora que voltei a trabalhar [...]me mudaram de serviço[...] os dois dói a coluna[...] mas acho que eu podia voltar trabalhar” (sic,Tairine);

“Eu acho que estou bem para voltar trabalhar, a dor não adianta, vai doer[...]”(sic, Talita);

“[...] quando voltei a trabalhar sentia leves dores[...] mas acredito que eu estava apto a retornar para minhas atividades sim” (sic, Dinis).

Dos 6 participantes que consideraram ter capacidade para retornar ao trabalho, apenas relatou não ter sentido dores (ausência total de dores ou mal estar) após ter retornado ao trabalho, conforme ilustrado: *“Eu acredito que estou boa para voltar para minha função [...] (sic,Marilda).*

O término do período de afastamento costuma mobilizar intensa ansiedade, este período é circunscrito por dúvidas quanto ao restabelecimento das condições de saúde e quanto à própria capacidade de realizar tarefas exigidas pelo trabalho, o que pode agravar a saúde do trabalhador. A retomada das atividades é uma experiência com significados pessoais e, difíceis, em que novas questões se conjugam a vivência do afastamento e da doença, o que lhes confere novos significados (Souza & Faiman, 2007).

Quadro 40 - Avaliação das condições de saúde e do Ambiente de Trabalho após Retorno ao Trabalho

Saúde												Ambiente de Trabalho	
Empresa	Física			Psicológica								Mudança na Qualidade do Relacionamento com Pares e Chefias	
	Dores e Sintomas			Sentimento de Bem Estar ao Realizar o Trabalho		Satisfação com Trabalho/Função		Percepção da Própria Condição de saúde		Avaliação da Capacidade de Retornar ao Trabalho			
	Ausência	Raramente	Frequente	Sim	Não	Sim	Não	Boa	Ruim	Sim	Não	Sim	Não
Thirthel	1	4	3	1	7	4	4	4	4	4	4	3	5
Nethorn	0	2	1	1	2	2	1	3	0	2	1	0	3
Total	1	6	4	2	9	6	5	7	4	6	5	3	8

Fonte: Elaboração da própria autora.

Ao comparar as informações de saúde e do ambiente de trabalho anteriores ao afastamento (Quadro 39) e as mesmas informações após o retorno ao trabalho destaca-se que no que confere a saúde física em geral, anterior ao afastamento 5 participantes não apresentavam dores e/ou desconforto físicos, após retorno ao trabalho apenas 1 participante afirmou não sentir dores e/ou desconfortos enquanto que 10 deles afirmam sentir dores e/ou desconfortos que variam em grau e frequência. Ao avaliar a relação entre o trabalho e doenças, Mendes e Dias (1999) destacam que doenças podem ter seu curso ou sua intensidade aumentado devido a condições provocadoras ou desencadeadoras inerentes ao trabalho ou do ambiente onde é executado.

No comparativo de fatores ligados a saúde psicológica, anterior ao afastamento 7 participantes apontaram sentimentos de bem estar, ao retornar ao trabalho, apenas 2 relataram sentimentos de bem estar, enquanto que a maioria 9 não apresentaram bem estar. No comparativo satisfação com o trabalho e função, anterior ao afastamento 9 diziam-se satisfeitos, após o retorno ao trabalho apenas 6 continuaram a sentir-se satisfeitos. As repercussões psíquicas do trabalho tem sido cada vez mais frequentes na vida do trabalhador (Rodrigues & Ferreira, 2011). As representações do trabalho são expressas por meio das suas consequências sobre a saúde dos trabalhadores (Bassit, 2001). Assim, a experiência do retorno ao trabalho está associada a intensos conflitos e angústias, com repercussões para a saúde e para a identidade profissional (Rodrigues & Ferreira, 2011).

Diante das informações acima apresentadas é de suma importância destacar que cinco trabalhadores julgaram não ter capacidade de retornar ao trabalho, uma vez que, a doenças ou sintomas, decorrentes do agravo que ocasionou o afastamento se faziam presentes mesmo após o retorno ao trabalho. As doenças e sintomas parecem impactar de forma significativa no bem estar físico e psíquico destes trabalhadores. Salienta-se ainda que, dos 6 trabalhadores que percebem-se aptos para retornar ao trabalho, cinco deles mencionam sentir dores relacionadas ao problema de saúde pelo qual fora afastado. Apenas 1 trabalhador não mencionou dores ou desconfortos, conferindo total remissão dos sintomas ao retomar as atividades laborativas.

As percepções e experiências do trabalhador podem influenciar a saúde, o desempenho e a satisfação com o trabalho (fraser,1983). A percepção de fatores negativos confere também significados negativos ao trabalho, quando predominar neste mesmo trabalho, o sentimento de “fazer por obrigação”, causando tristeza, desprazer, e deterioração, vivenciados de maneira continua podem provocar transtornos psicológicos (Noro & Kirchhof, 2004). Considerando o trabalho como um fator de influencia sobre a saúde, Dejours (1999) assegura que a contribuição da psicopatologia do trabalho é mostrar que o trabalho é um elemento fundamental para a saúde.

5.5 CAPACIDADE E FUNCIONALIDADE; INCAPACIDADE E DEFICIÊNCIA

Os dados obtidos por meio do Índice de capacidade para o trabalho mostram que dos 11 trabalhadores que retornaram ao trabalho, 5 possui boa capacidade para o trabalho, 3 possuem capacidade moderada, 2 possuem ótima capacidade e 1 possui baixa capacidade para o trabalho segundo a percepção dos trabalhadores que participaram da pesquisa (Quadro 41).

Quadro 41 - Escores Obtidos no ICT

Índice de Capacidade para o Trabalho		
Escore	Capacidade	Trabalhadores (n)
7 a 27	Baixa	1
28 a 36	Moderada	3
37 a 43	Boa	5
44 a 49	Ótima	2

Fonte: Elaboração da própria autora.

5.5.1 FUNÇÕES E ESTRUTURAS DO CORPO

Os dados colhidos através do Checklist da CIF mostram que no Componente Atividade e Participação no domínio (b7) Funções Neuromusculoesquelética e funções relacionadas com movimento os trabalhadores apresentaram maior índice de deficiências, seguidas das (b1) Funções Mentais e (b2) Funções sensoriais de dor. As funções (b3) Funções da Fala e (b6) funções geniturinárias e reprodutivas apresentaram deficiências, mas em quantidade menor. Nenhum dos trabalhadores apresentou deficiência relacionada ao domínio (b4) Aparelho Cardiovascular, sistema Hematológico, imunológico e do Aparelho Respiratório.

No domínio Neuromusculoesquelética e funções relacionadas com movimento moram constatadas 13 deficiências moderadas, seguida de 2 deficiências completas e 1 ligeira. Dos 11 trabalhadores que retornaram ao trabalho, 4 apresentaram deficiência moderada no que se refere a Estabilidade das Articulações; 4 apresentaram deficiência moderada em relação a Resistência Muscular e 1 deficiência ligeira; 2 apresentaram deficiência moderada na Força muscular; 2 em mobilidade das articulações; 3 em funções da mobilidade das articulações, dos quais 2 deficiências moderadas e 1 ligeira e 1 deficiência completa no tônus muscular, conforme Quadro 42.

Quadro 42 - Dados das Funções Neuromusculares e funções Relacionadas com Movimento

b7 Funções Neuromusculares e funções relacionadas com movimento			
Nome	Identificação	Identificador	
		Código (b)	Categoria
			Deficiência
Celina	Força Muscular	b730.4	Completo
	Tônus Muscular	b735.4	Completo
	Resistência Muscular	b740.4	Completo
	Reflexos Motores	b750.2	Moderado
	Controle do Movimento Voluntário	b760.2	Moderado
Lucinda	Mobilidade das Articulações	b710.2	Moderado
	Articulações	b715.2	Moderado
Tamara	Mobilidade das Articulações	b710.2	Moderado
	Estabilidade das Articulações	b715.2	Moderado
	Resistência Muscular	b740.2	Moderado
Tairine	Estabilidade das Articulações	b715.2	Moderado
	Força Muscular	b730.2	Moderado
	Resistência Muscular	b740.2	Moderado
	Músculo e Funções do Movimento	b780.2	Moderado
Talita	Estabilidade das Articulações	b715.2	Moderado
	Força Muscular	b730.2	Moderado
	Resistência Muscular	b740.2	Moderado
Olívia	Estabilidade das Articulações	b715.2	Moderado
	Resistência Muscular	b740.2	Moderado
	Músculo e Funções do Movimento	b780.1	Ligeiro

Fonte: Elaboração da própria autora.

No domínio (b1) Funções mentais globais 3 trabalhadores apontaram deficiências, das quais 4 deficiências ligeiras e 1 moderada. Na Personalidade e Temperamento dois trabalhadores apontaram deficiência, sendo 1 ligeiro e 1 moderada nas funções Psicossociais Globais 1 apontou deficiência moderada e nas funções do sono 2 apontaram deficiência ligeira. Nas funções Mentais específicas 3

apresentaram deficiência ligada à memória, dos quais 2 foram classificados como moderada e 1 ligeira; 1 apresentou deficiência ligeira na atenção e 1 em funções da percepção; nas funções emocionais foi apontada 1 deficiência moderada conforme apresentado no Quadro 43.

Quadro 43 - Informações da Percepção das Funções Mentais após Retorno ao Trabalho

B1 Funções Mentais			
Nome	Identificação	Qualificador	
		Código (b)	Categoria
			Deficiência
Funções Mentais Globais			
Lucinda	Psicossociais Globais	b122.1	Ligeiro
	Personalidade e Temperamento	b126.1	Ligeiro
Tamara	Personalidade e Temperamento	b126.2	Moderado
	Sono	134.1	Ligeiro
Tairine	Sono	134.1	Ligeiro
Funções Mentais Especificas			
Celina	Memória	b144.2	Moderado
Lucinda	Memória	b144.2	Moderado
	Atenção	b140.1	Ligeiro
	Emocionais	b152.2	Moderado
	Percepção	b156.2	Moderado
Otília	Memória	b144.1	Ligeiro

Fonte: Elaboração da própria autora.

Nas funções (b2) Funções sensoriais de dor foram apontadas 1 deficiência grave, 2 moderadas e 2 ligeiras. 1 deficiência grave refere-se a sensação de dor; 1 moderado refere-se a audição; em relação a visão foram apresentados 2 trabalhadores apresentaram deficiências ligeiras, com uso de lentes (Quadro 44).

Quadro 44 - Percepção das Funções Sensoriais de Dor

b2 Funções Sensoriais de Dor			
Nome	Identificação	Qualificador	
		Código (b)	Categoria Deficiência
Celina	Sensação de dor	b280.3	Grave
Lucinda	Visão	b210.2	Moderado
Tamara	Auditiva	b230.2	Moderado
Talita	Visão	b210.1	Ligeiro
Olívia	Visão	b210.1	Ligeiro

Fonte: Elaboração da própria autora.

Nas funções (b3) da voz e da fala foram pontuadas 3 deficiências, 2 referem-se as articulações, das quais 1 deficiência ligeira e 1 moderada; na fluência e ritmo da fala foi pontuada 1 deficiência ligeira (Quadro 45).

Quadro 45 - Avaliação das Funções de Voz e Fala

b3 Funções da Voz e da Fala			
Nome	Identificação	Qualificador	
		Código (b)	Categoria Deficiência
Celina	Articulações	b320.1	Ligeiro
Lucinda	Articulações	b320.2	Moderado
	Fluência e Ritmo da Fala	b330.1	Ligeiro

Fonte: Elaboração da própria autora.

No domínio (b5) (Quadro 46) Funções do Aparelho Digestivo e do Sistema Metabólico e Endócrino apenas um trabalhador apresentou deficiência grave no que se refere às funções digestivas (úlceras gástricas).

Quadro 46 - Dados das Funções do Aparelho Digestivo e Sistema Metabólico e Endócrino

b5 Funções do Aparelho Digestivo e do Sistema Metabólico e Endócrino			
Nome	Identificação	Qualificador	
		Código (b)	Categoria
			Deficiência
Derli	Digestivo	b515.3	Grave

Fonte: Elaboração da própria autora.

5.5.2 Atividade e Participação

No componente Atividade e Participação nos domínios (d3) Comunicação d5 Auto Cuidados; (d7) Interações e Relacionamentos Interpessoais; (d8) Principais Áreas da Vida e (d9) Vida Comunitária, Social e Cívica nenhum trabalhador apresentou dificuldade no que se refere a capacidade ou desempenho.

No domínio (d1) Aprendizagem e aplicação do conhecimento uma trabalhadora possui dificuldade ligeira no que se refere à capacidade de dirigir a atenção. No domínio (d2) Tarefas e exigências gerais 2 trabalhadores apresentaram dificuldade no que se refere ao desempenho em levar a cabo tarefas diárias. No domínio (d4) Mobilidade 1 trabalhador apontou dificuldade ligeira no que se refere a capacidade de utilizar mãos e braços; 3 apresentaram dificuldade grave relacionada a capacidade de levantar e transportar objetos. No que se refere ao desempenho em manter a posição do corpo, 3 apresentaram dificuldade ligeira, 2 dificuldade moderada e 1 grave. Utilização da mão e braço no que se refere a capacidade foi apresentada por 3 trabalhadores 2 com dificuldade moderada e 1 grave. Mudar a posição do corpo no que se refere ao desempenho foi apontada por 2 trabalhadores como dificuldade moderada. Mover objetos com Membros Inferiores foi apontada por 1 trabalhador como dificuldade ligeira, conforme (Quadro 47).

Quadro 47 - Avaliação da Capacidade e desempenho em Atividades

Atividade e Participação				
Nome	Identificação	Qualificador		
		Código (b)	Desempenho	Capacidade
d1 Aprendizagem e Aplicação do Conhecimento				
Olívia	Dirigir a Atenção	d116.1	xx	Dif. Ligeira
d2 Tarefas e Exigências Gerais				
Celina	Levar a Cabo uma Tarefa Única	d210.3	Dif. Grave	xx
	Levar a Cabo tarefas Múltiplas	d220.3	Dif. Grave	xx
	Levar a Cabo Rotina Diária	d230.2	Dif. Moderada	xx
Tairine	Levar a Cabo uma Tarefa Única	d210.1	Dif. Ligeira	xx
d4 Mobilidade				
Celina	Utilização da Mão e Braço	d445.1	xx	Dif. Ligeira
Lucinda	Manter a Posição do Corpo	d410.1	Dif. Ligeira	xx
	Mover Objetos com Membros Inferiores	d430.1	Dif. Ligeira	xx
Tamara	Mudar a Posição Básica do Corpo	d410.2	Dif. Moderada	xx
	Manter a Posição do Corpo	d415.2	Dif. Moderada	xx
	Levantar e Transportar Objetos	d430.3	xx	Dif. Grave
	Utilização da Mão e Braço	d445.2	xx	Dif. Moderada
Tairine	Manter a Posição do Corpo	d415.2	Dif. Moderada	xx
	Levantar e Transportar Objetos	d430.3	xx	Dif. Grave
	Utilização da Mão e Braço	d445.3	xx	Dif. Grave
Marilda	Manter a Posição do Corpo	d415.1	Dif. Ligeira	xx
Talita	Mudar a Posição Básica do Corpo	d410.2	Dif. Moderada	xx
	Manter a Posição do Corpo	d415.3	Dif. Grave	xx
	Levantar e Transportar Objetos	d430.3	xx	Dif. Grave
	Utilização da Mão e Braço	d445.2	xx	Dif. Moderada
Olívia	Manter a Posição do Corpo	d415.1	Dif. Ligeiro	xx
d6 Vida Doméstica				
Celina	Realizar Trabalho Doméstico	d640.2	Dif. Moderada	xx
Lucinda	Realizar Trabalho Doméstico	d640.1	Dif. Ligeira	xx
Tamara	Realizar Trabalho Doméstico	d640.2	Dif. Moderada	xx
Tairine	Realizar Trabalho Doméstico	d640.2	Dif. Moderada	xx
Talita	Realizar Trabalho Doméstico	d640.3	Dif. Grave	xx

Fonte: Elaboração da própria autora.

O conjunto das informações acima apresentadas são interpretadas no item abaixo: percepções de Capacidade de diferentes graus de Funcionalidade, de modo a comparar a percepção de capacidade para o trabalho em trabalhadores com diferentes graus de funcionalidade, conforme objetivo do presente estudo.

6 PERCEPÇÃO DE CAPACIDADE DE DIFERENTES GRAUS DE FUNCIONALIDADE

Considerando as informações obtidas sobre a percepção de capacidade e a capacidade apresentada pelos trabalhadores (Quadro 48), estes indicam que dos 11 trabalhadores que retornaram ao trabalho após afastamento e participaram da pesquisa, 1 percebe que não tem capacidade para o trabalho, embora tenha sido apontada boa capacidade para o trabalho pelo instrumento aplicado; 4 trabalhadores percebem ter boa capacidade, dos quais 1 apresenta ótima capacidade para o trabalho e 1 moderada capacidade para o trabalho; 2 percebem que tem moderada capacidade e apresentam capacidade moderada para o trabalho; 3 percebem que tem capacidade muito boa, dos quais 2 apresentam boa capacidade e 1 ótima capacidade para o trabalho.

Dos 11 trabalhadores 6 apresentam percepção de capacidade divergente da capacidade indicada pelo instrumento, dois quais 3 percebem que tem menos capacidade quando comparada com o nível de capacidade indicada pelo instrumento e 3 percebem que tem mais capacidade. Dos participantes apenas 5 possuem a percepção da realidade igual ao nível de capacidade indicada pelo instrumento, 1 com baixa capacidade, 2 com boa capacidade e 2 com moderada capacidade para o trabalho.

Considerando os dados que indicam a incapacidade e a funcionalidade dos 11 trabalhadores, percebe-se que 5 não apresentaram incapacidade e possuem funcionalidade relacionadas a todas as áreas avaliadas, tais como atividades que envolvem funções físicas, mentais e sociais. Estes dados indicam que não há impedimentos para o trabalho, uma vez que indicam a aptidão para o trabalho em geral e para a função que exercem.

Dos 11 trabalhadores, 6 apresentam incapacidade para atividades relacionadas que demandam esforço físico e esforço repetitivo, seja ele constante ou eventual e, movimentação corporal. Ainda que hajam incapacidades relacionadas com as funções musculoesqueléticas do organismo, cabe ressaltar que, a incapacidade se restringe a estas funções do organismo de modo que a capacidade e funcionalidade nas demais funções encontram-se preservadas. As áreas que apontam funcionalidade estão relacionadas a atividades que não exigem o esforço físico em si, mas que demandam de outras funções do organismo, tais como funções mentais e sociais (Quadro 48).

Quadro 48 - Relação entre a Percepção de Capacidade, Capacidade para o trabalho e Funcionalidade

Nome	Percepção de Capacidade para o trabalho	Capacidade Para o Trabalho	Incapacidade	Funcionalidade
Celina	Não tem Capacidade	Baixa	Relacionada a atividades que demandam esforço físico e movimentação corporal ligadas as funções Neuromuscularesquelética	Atividades que não demandam esforço físico e movimentação corporal.
Tamara	Baixa	Boa	Relacionada a atividades que demandam esforço físico.	Atividades que não demandam esforço físico.
Dinis	Boa	Ótima	Não foram encontradas	Atividades que envolvem funções físicas, mentais, sociais e mobilidade.
Derli	Boa	Boa	Não foram encontradas	Atividades que envolvem funções físicas, mentais, sociais e mobilidade
Lília	Boa	Boa	Não foram encontradas	Atividades que envolvem funções físicas, mentais, sociais e mobilidade
Lucinda	Boa	Moderada	Relacionada a atividades que demandam esforço físico e movimentação corporal ligadas as funções Neuromuscularesquelética.	Atividades que não demandam esforço físico e movimentação corporal.
Tairine	Moderada	Moderada	Relacionada a atividades que demandam esforço físico e movimentação corporais ligadas as funções Neuromuscularesquelética	Atividades que não demandam esforço físico.
Talita	Moderada	Moderada	Relacionada a atividades que demandam esforço físico e movimentação corporal ligadas as funções Neuromuscularesquelética	Atividades que não demandam esforço físico e movimentação corporal
Olívia	Muito Boa	Boa	Relacionada a atividades que demandam esforço físico e movimentação corporal ligadas as funções Neuromuscularesquelética	Atividades que não demandam esforço físico e movimentação corporal
Oflia	Muito Boa	Boa	Não foram encontradas	Atividades que envolvem funções físicas, mentais, sociais e mobilidade
Marilda	Muito Boa	Ótima	Não foram encontradas	Atividades que envolvem funções físicas, mentais, sociais e mobilidade

Fonte: Elaboração da autora.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo objetivou compreender a percepção de capacidade para o trabalho de trabalhadores que após período de afastamento, retornaram às atividades laborativas com diferentes graus de funcionalidade. A partir deste estudo foi possível evidenciar fatores que interferem direta ou indiretamente sobre a capacidade e sobre a percepção de capacidade de trabalhadores o que o torna um estudo complexo. Estes fatores identificados estão presentes na trajetória percorrida desde o afastamento do trabalho até a sua retomada.

O retorno ao trabalho após período de afastamento de trabalhadores acometidos por doenças ou problemas relacionados à saúde, pareceu estar circunscrito por dificuldades que englobam desde o afastamento em si até a retomada às atividades laborativas. Estas se caracterizam como um fator preditivo para ocorrência de reincidências futuras de afastamentos, uma vez que, na medida em que exercem impactos negativos sobre a saúde física e mental, parecem agravar a condições de saúde do trabalhador. De acordo com as informações levantadas neste estudo, a avaliação clínica realizada por peritos do INSS a respeito da condição de saúde e da capacidade para o retorno ao trabalho pareceu estar restrita às condições físicas observáveis, sem que houvesse uma investigação objetiva com exames clínicos que auxiliem no parecer da perícia médica sobre a saúde do trabalhador. Esta evidência apontada por este estudo foi objeto de uma reportagem do Jornal Nacional exibida em 14/05/2015, a qual buscou verificar os procedimentos realizados pelos peritos do INSS na concessão do afastamento do trabalho, da concessão do benefício de auxílio e da liberação do trabalhador para o retorno ao trabalho. A reportagem confirmou as evidências aqui levantadas, que apontou dificuldades do trabalhador em chegar até o posto do INSS, de conseguir atendimento e do método adotado para avaliação do trabalhador.

A reportagem mostrou que em todos os casos, a avaliação pericial foi restrita apenas à análise de documentos, como laudos e atestados de médicos não vinculados ao INSS e que, nos casos exibidos, não houve o exame clínico do trabalhador e, este se restringiu à análise de documentos e preenchimento de relatórios. Segundo entrevista, Maria Luzeni dos Santos, gerente substituta do INSS – Goiânia afirmou que a perícia médica não é uma consulta e que, portanto deverá se ater aos documentos apresentados pelo segurado, não sendo exigido que o perito examine o paciente. Já a entidade que representa os médicos peritos afirmou

que é obrigação do profissional examinar o paciente, uma vez que a perícia médica é um ato médico e, portanto envolve entrevista, exame, exame físico e, quando necessário, exames específicos. O manual de perícias do INSS aponta que é necessário registrar, no laudo, com clareza e exatidão, todos os dados fundamentais e, de modo que ao término de um exame clínico cuidadoso e bem conduzido, o perito tenha condições de produzir um diagnóstico provável. Estas práticas médicas periciais adotadas na prática da avaliação da condição de saúde, capacidade e incapacidade ficam evidentes no relato dos participantes deste estudo que mencionam não estar em condições físicas e psicológicas de retornar ao trabalho e percebem não ter capacidade para o exercício da função que exercem. Estas dificuldades podem ser ilustradas pela fala de Celina que se sente abandonada pelo INSS, percebe que não tem condições de ter retornado ao trabalho, uma vez que sente dores.

Quando a condição de saúde se refere aos aspectos psicológicos, parece haver uma dificuldade ainda maior, no que se refere à avaliação e diagnóstico. De todos os trabalhadores que foram afastados e que apresentavam comorbidade, cuja existência de doenças físicas e transtornos psicológicos estavam presentes no momento do afastamento, foram considerados apenas diagnósticos (CID) relacionados às doenças físicas para efeitos do afastamento. Esta evidência está de acordo com a literatura em geral, que aponta para a ênfase do modelo biomédico em avaliação da saúde, a qual enfatiza as condições físicas de saúde. As informações obtidas neste estudo demonstram ainda que, a grande maioria dos trabalhadores não estava em condições físicas de retomar as atividades, o que pode ter contribuído para o surgimento ou agravamento de problemas psicológicos tais, sentimento de tristeza, frustração e culpa, sintomas característicos de quadros depressivos.

No que se refere ao setor têxtil em específico, é importante destacar que se trata de um dos setores com maior representatividade na economia nacional, sendo o estado de Santa Catarina uma referência nacional na produção destes produtos. As principais características apontadas pela literatura do setor referem-se a: priorização do conhecimento prático, as funções são na maioria operacional, horário de trabalho distribuído em turnos, jornadas extras, empregabilidade da mão de obra feminina, na maioria casada, com baixos salários, baixo grau de escolaridade e faixa etária entre 30 e 49 anos. Embora o propósito deste estudo não tenha sido caracterizar os trabalhadores e as condições de trabalho da indústria têxtil e, tenha se restringido a trabalhadores que retornaram ao trabalho após afastamento, tais características foram evidenciadas. Estas mesmas características representam fatores

importantes associados pela literatura à capacidade para o trabalho, podendo, impactar de maneira negativa na condição de saúde do trabalhador.

Os participantes na maioria desenvolviam funções operacionais ligadas à produção, trabalhavam em turno, e jornada extra e as práticas de horas extras ficaram evidentes. Neste sentido, cabe ressaltar que todos os participantes fazem jornada extra de trabalho de segunda à sexta feira para compensar o sábado, o que lhes confere 48 minutos a mais de trabalho diário e, além destes, alguns participantes fazem horas extras além dos 48 minutos diários para atender demanda de produção e/ou como forma de complemento salarial. Os participantes fazem horas extras, fazem acima da quantidade permitidas por lei, que permite de duas horas diárias de horas extras. Este é um fator que chama atenção não apenas pela quantidade de horas diárias laboradas, mas também, por se tratar de funções operacionais que na maioria demandam esforço físico e por se tratar de trabalhadores que relatam a presença de dores e desconforto físico relacionados ao problema de saúde que ocasionou o afastamento.

A grande maioria dos participantes executa as atividades operacionais, com predomínio de esforços físicos, porem as informações colhidas neste estudo, demonstra que os participantes consideram como o esforço físico o trabalho pesado, como erguer peso, por exemplo, conforme observado no relato de Talita. Diante do conceito de esforço físico adotado pelos participantes, a maioria não considera fazer esforços físicos. Apenas Celina considerou que o seu trabalho demanda esforço físico, ao considerar que o trabalho está “pesado”. As atividades laborais que exigem predominantemente esforço físico são consideradas fatores de risco sobre a capacidade para o trabalho. Em virtude das exigências físicas do trabalho, o esforço físico resulta em desgaste e comprometimento da saúde (Martinez, Latorre, Fischer, 2010).

De acordo com as Condições do Trabalho no que se refere às atividades laborativas realizadas pelos participantes, percebe-se que embora não haja um esforço físico relevante para eles, os mesmos atribuem as causas ou agravo das dores à postura contínua de trabalho. No relato de Lucinda e Tamara ao considerar que precisam ficar em pé fazem uma relação com a presença de dores. Outra característica relevante trata-se da demanda de trabalho, parece haver um grande volume de trabalho diário, conforme apontado no relato de Olivia, Marilda e Tairine e Lucinda.

A idade é apontada literatura como um fator que pode contribuir para a diminuição da capacidade física e mental, uma vez que há uma

tendência para o aparecimento ou agravamento de doenças a partir dos quarenta e cinco anos (Ilmarinen, 1981; Tuomi, 1989; Costa, 2009; Martinez, Latorre & Fischer, 2010). A faixa etária que concentra a maioria dos participantes está entre 30 e 49 anos, com em média de 39,5 anos. Diante disso, pode-se perceber que embora a média de idade dos participantes seja de 39,5 anos e, existem participantes com idade superior a quarenta e cinco anos e, portanto, há uma proximidade com a idade apontada pela literatura como fator preditivo para diminuição da capacidade física e mental.

Em relação ao sexo, alguns estudos (Tuomi K, 2001, Walsh 2004; Queiroz, 2012) consideram que o sexo feminino apresenta um grau de risco de perda da capacidade maior quando comparado ao sexo masculino, uma vez que as mulheres geralmente dispõem de piores condições de trabalho, salários e dupla jornada. A maioria dos participantes desta pesquisa são mulheres, na maioria são casadas e laboram em horários de turnos. Considerando o fato de se tratar de trabalhadoras, com tais características, estas podem ser agravantes da capacidade funcional, uma vez que, há de se considerar que além da jornada extra de trabalho diário, como já afirmado anteriormente, fazem horas extras acima do permitido em lei e ainda possuem as atividades domésticas. Estes fatores apontam para a existência de uma sobrecarga física e psíquica, o que pode se caracterizar como fator preditivo para o estresse e desgaste emocional. O estresse e desgaste emocional podem desencadear respostas fisiológicas, psicológicas e comportamentais e contribuir para a diminuição da capacidade para o trabalho e o desencadeamento de doenças (Ilmarinen 1991, Tuomi 1992, Martinez, Latorre, Fischer, 2010). O desgaste emocional relacionado à função pode ser observado no relato de Otilia que demonstra haver uma sobrecarga psicológica do trabalho mental que gera dificuldades para dormir.

O que confere a característica de salários de trabalhadores do setor têxtil, a faixa salarial onde está concentrada a maioria dos participantes deste estudo está entre R\$1.000,00 e R\$1.300,00, sendo que a média é de R\$1.450,00. Estes valores estão acima da média nacional para o setor e acima do piso da categoria em Joinville/SC que era de R\$ 946,00 reais, valor vigente de fevereiro de 2014 até fevereiro de 2015. Embora este fator não esteja diretamente relacionado com os fenômenos de interesse deste estudo, uma participante apontou o salário como justificativa da realização de jornadas extras de trabalho. Lucinda aponta que o salário que recebe não é suficiente para pagar as contas da

casa, porém há de se considerar que cabe a mesma o sustento do lar, pois é divorciada.

Quanto às características do setor têxtil, é importante destacar que estas mesmas características, exercem influências sobre a capacidade de forma geral e, tornam-se agravantes quando se tratam de trabalhadores que retornaram do afastamento com algum grau de comprometimento da saúde. Estes podem contribuir negativamente sobre a capacidade e funcionalidade dos trabalhadores, pois representam fatores importantes associados à incapacidade para o trabalho de forma geral. As condições do trabalho que podem impactar sobre a capacidade para o trabalho e se fazem presentes nas indústrias têxteis em geral e nas indústrias aqui pesquisadas, estão relacionadas ao nível de responsabilidade, jornada em turnos e volume (Tuomi *et al.* 1997; Tuomi 2001, Aittomäki 2003, Tuomi 1991, Ilmarinen 2005, Lindberg 2006).

Nas duas indústrias pesquisadas parece haver certa preocupação com a saúde dos trabalhadores que retornam ao trabalho, uma vez os trabalhadores que apresentam algum grau de comprometimento são realocados em funções mais adequadas as necessidades físicas decorrentes do agravo de saúde. Durante a coleta de dados, foi possível perceber que o setor de embalagem parece demandar menos esforço físico, conforme relatos de Lucinda e Marilda, quando comparado com outras funções, embora exista a necessidade que o trabalho seja executado em pé. Na tentativa de adequar as funções as condições de saúde do trabalhador, parece existir uma flexibilidade das organizações deste estudo, as quais visam minimizar os danos e prejuízos a saúde destes trabalhadores com a troca do posto de trabalho.

Ao analisar os dados referentes às demissões de trabalhadores que retornaram ao trabalho no período de janeiro de 2010 e dezembro de 2014, faz-se necessário fazer um contraponto. As duas empresas juntas somaram 47 trabalhadores que retornaram ao trabalho, dos quais, foram demitidos 19 trabalhadores. Sugere-se que estes desligamentos podem estar relacionados às dificuldades de adaptação do trabalhador as funções, a não condição de atender às demandas produtivas, atestados e ausências ao trabalho e as limitações devido à condição de saúde.

Cabe ressaltar que alguns os aspectos ligados ao estilo de vida associados à capacidade e funcionalidade, foram evidenciados neste estudo. Dos participantes a maioria não é fumante, não consome bebida alcoólica e não pratica exercícios físicos. A obesidade não foi avaliada, muito embora, visualmente não foram constatados sujeitos com características típicas de pessoas obesas. Os demais fatores apontados que apresentam associação a capacidade e funcionalidade, tais como

satisfação com trabalho, condições organizacionais e do trabalho, condição de saúde e percepção foram evidenciados nesta pesquisa e são apresentados na sequência.

No que diz respeito às condições organizacionais, foram evidenciados fatores relacionados à desestruturação das relações psicoafetivas, tais como modo de gestão e relacionamento com pares e considera-se que, tais relações podem impactar contribuir para redução da capacidade para o trabalho. No que se refere ao modo de gestão e relacionamento com chefias evidências apontam para mudanças de comportamento da chefia para com o trabalhador que retornou ao trabalho, pressão para a execução do trabalho ainda que em condição de saúde comprometida, cobrança de metas produtivas e sentimento de não ter suporte conforme discurso de Tamara, Tairine e Olivia. No relacionamento com pares foram relatados sentimentos de estar sendo julgado em relação à condição de saúde, preocupação com julgamento dos colegas sobre as delimitações da execução do trabalho e sentimento de falta de colaboração entre pares, conforme apontado por Celina, Lilia e Tamara.

As questões de saúde, referentes à presença ou ausência de doenças, sintomas dolosos, são apontadas pela literatura como um dos principais fatores que exercem influência negativa sobre a capacidade para o trabalho (Tuomi, 2001, Sjögren-Rönkä 2002, Ilmarinen 1997, Nygård, 1991). Ao fazer o comparativo das percepções de saúde física em geral, anterior ao afastamento e após o retorno ao trabalho dos 11 participantes, 5 afirmaram não sentir dores ou desconfortos físicos anteriores ao afastamento, sendo que após o retorno apenas 1 trabalhador afirmou a ausência de dores e sintomas ligadas a doença que ocasionou o afastamento. Salienta-se que 10 trabalhadores que retornaram ao trabalho afirmaram sentir, em algum grau, dores e desconfortos associados ao problema de saúde que ocasionou o afastamento. Enfatiza-se que a percepção do trabalhador sobre sua própria condição de saúde encontra-se em constante interação com a capacidade para o trabalho, sendo que esta interação dinâmica entre os fenômenos resulta em danos emocionais e psicológicos e conseqüente perda da capacidade.

Embora Mendes e Dias (1999) postulem que doenças podem ter seu curso ou sua intensidade aumentado devido a condições provocadoras ou desencadeadoras inerentes ao trabalho ou do ambiente onde é executado, adverte-se que as informações aqui levantadas podem refletir também o descaso da avaliação de saúde realizada pelo órgão competente (INSS). Conforme apresentado anteriormente, sugere-se que

estes achados podem estar relacionados à qualidade da avaliação médica pericial realizada que subsidia o parecer da capacidade e a retomada das atividades laborativas. Neste sentido, é bastante provável que os trabalhadores que não estejam aptos e capazes para retornar ao trabalho tenham que retomar às atividades, ainda que em condições desfavoráveis e com presença de dores, o que pode estar agravando a própria saúde destes trabalhadores e resultando em incapacidade. O retorno ao trabalho sem que a condição de saúde estivesse sido recuperada, pode ser observada na fala de Lucinda que afirma não estar em condições de retornar ao trabalho, mas o fez devido ao parecer médico que a considerou apta.

No comparativo de fatores ligados a saúde psicológica, indícios apontam que a satisfação com trabalho é percebida e vivenciada negativamente após o retorno ao trabalho. Ao comparar os dados de satisfação com trabalho e função anterior ao afastamento e após o retorno ao trabalho percebe-se que antes do afastamento os participantes diziam-se mais satisfeitos. Trabalhadores que apresentam maior satisfação com o trabalho tendem a manter uma melhor capacidade para o trabalho (Seitsamo & Ilmarinen, 1997). A satisfação do trabalho pode ser alterada devido a vivência do afastamento e do retorno ao trabalho, estas experiências, se vivenciadas negativamente podem gerar danos psicológicos e ser fator preditivo para ocorrência de transtornos psicológicos, tais como Transtornos de Humor. Ressalta-se a importância de estudos que visem aprofundar questões de saúde relacionadas à satisfação com trabalho.

O sentimento de bem estar no trabalho também pareceu ser alterado quando comparado o momento anterior ao afastamento e o retorno ao trabalho. O sentimento de bem estar no trabalho depende do envolvimento emocional e psicológico com o ambiente de trabalho, das relações estabelecidas neste ambiente e a condição de saúde. Neste estudo a avaliação do sentimento de bem estar pelos participantes, partiu do pressuposto da condição de saúde física dos mesmos. Trabalhar com dores, caso de 10 dos 11 participantes, provoca restrições físicas, que geram múltiplas repercussões que refletem na saúde psicológica e na vida do trabalhador. Neste sentido, parece haver uma sobrecarga do corpo, a qual gera impactos importantes sobre a saúde psicológica e pode predispor o sujeito a desenvolver doenças relacionadas ao trabalho.

Este estudo se propôs a compreender a percepção de capacidade para o trabalho de trabalhadores que após período de afastamento, retornaram às atividades laborativas com diferentes graus de funcionalidade. Para tanto, visou: *Identificar a percepção de*

trabalhadores sobre sua capacidade para o trabalho; Avaliar o grau de capacidade de trabalhadores que retornam ao trabalho e Avaliar o grau de funcionalidade de trabalhadores que retornam ao trabalho.

Diante do exposto, **verificou-se** que

As percepções de capacidade para o trabalho identificados neste estudo revelam que: que um trabalhador percebe não ter, um percebe ter baixa, dois percebem ter moderada, quatro percebem ter boa e três percebem ter uma capacidade muito boa para o trabalho em geral.

Ao avaliar o **grau de capacidade para o trabalho** dos trabalhadores que retornaram as atividades laborativas após afastamento, os dados revelam que: um apresenta baixa capacidade, três moderada, cinco boa e dois ótima capacidade para o trabalho em geral.

A avaliação do **grau de funcionalidade** revela que: seis trabalhadores apresentam funcionalidade para desenvolver atividades que não demandam esforço físico, tais como atividades que exijam funções ligadas as atividades mentais e sociais. Estes demonstraram incapacidades ligadas a atividades que exige movimentação corporal e esforço físico relativas às funções neuromusculoesqueléticas. Quatro trabalhadores apresentaram funcionalidade para atividades que envolvem funções físicas, mentais, sociais e mobilidade, nestes casos não foram encontradas incapacidades, muito embora, em dois deles sintomas depressivos fossem identificados.

Considerando a percepção de capacidade para o trabalho de trabalhadores que após período de afastamento, com diferentes graus de funcionalidade, as percepções indicam que: dois participantes percebem ter pior capacidade para o trabalho do grau de capacidade avaliado, seis participantes percebem ter o mesmo grau de capacidade para o trabalho daquele avaliado, e três percebem ter mais capacidade para o trabalho do grau que realmente possuem. Os participantes que percebem ter pior capacidade, ou que percebem ter o mesmo grau de capacidade avaliado pelo instrumento, quatro possuem incapacidade relacionada a atividades que demandam esforço físico e quatro não apresentam incapacidades. Três participantes percebem ter mais capacidade para o trabalho do grau de capacidade que possuem, dos quais dois possuem incapacidade relacionada a atividades que demandam esforço físico e um não possui incapacidade.

Observamos, desta forma, que a percepção de capacidade para o trabalho desempenha um importante fator na qualidade psicológica dos trabalhadores que retornam ao trabalho, dado seu nível de comprometimento, ou não, de saúde ao executar as atividades inerentes de sua função. Estas evidências, somadas as problemáticas, aqui

apresentas, quanto a perícia médica e as condições de saúde em que os trabalhadores estão retomando as atividades laborativas, evidenciam a necessidade de ações que visem melhorar a qualidade das avaliações da saúde do trabalhador. O comprometimento da saúde mostrou estar presente no retorno ao trabalho, e este, por sua vez pode ser agravado devido às características da função, da qualidade dos relacionamentos, do volume de trabalho, da carga horária, entre outros, que podem sobrecarregar o trabalhador agravando ou desencadeando doenças físicas e transtornos psicológicos.

De posse das evidências apontadas pelo estudo, salienta-se a importância de estudos futuros que possam vir a aprofundar a temática e preencher as lacunas aqui existentes. No que se refere aos cargos ocupados pelos participantes deste estudo, apenas uma trabalhadora exercia a função de costureira, função característica do setor em questão, o que não foi encontrado em pesquisas semelhantes. Este fato pode ser justificado, pelo interesse aqui apresentado de se tratar apenas de trabalhadores que retornaram ao trabalho após afastamento, ao fato que nas empresas pesquisadas havia uma pulverização de cargos não se atendo apenas a costureiras, ou ser uma característica apenas das empresas pesquisadas ou das localizadas em Joinville. Diante disso, sugere-se que novos estudos busquem avaliar os cargos dos trabalhadores afastados no setor.

As características do setor têxtil, aqui apontadas, são importantes fatores que podem prever a condição de saúde de trabalhadores que retornam ao trabalho. Deste modo sugere-se que pesquisas futuras possam ser desenvolvidas em outros setores industriais, de forma a verificar se estas características são restritas ao setor têxtil ou se encontram-se presentes em outros setores. Ressalta-se que se trata de características importantes para o desenvolvimento e implementação de ações empresariais e governamentais que visem amenizar estas características que afetam a saúde de trabalhadores de forma geral.

Sugere-se que novos estudos possam verificar a flexibilidade e a realocação de trabalhadores em postos de trabalhos, mais adequados frente à condição de saúde presente no momento do retorno ao trabalho, tanto em indústrias têxteis como em outros setores. Salienta-se a necessidade de estudos que possam vir investigar as causas atribuídas pelas empresas aos desligamentos que ocorrem após o retorno ao trabalho, de forma a contribuir para o desenvolvimento de ações que visem auxiliar as empresas e trabalhadores no que se refere ao retorno ao trabalho. Sugere-se ainda que estudos futuros possam verificar em que medida as experiências anteriores e posteriores ao afastamento

podem alterar a satisfação com trabalho e resultar em fatores que interferem negativamente sobre a capacidade. Sugere-se ainda que estudos possam investigar quais fenômenos psicológicos e emocionais estão envolvidos no processo de trabalho e em qual medida podem prever a condição de saúde do trabalhador.

REFERÊNCIAS

- Abid, C. J., (2008). *Jornada de trabalho e a compensação de horários*. São Paulo: Atlas.
- Aittomäki ,A., Lahelma, E., & Roos, E. (2003). *Work conditions and socioeconomic inequalities in work ability*. Scand Journal Work Environ Health.
- Almeida, L. D. O. S., & Paloni, L. M. (2014). *A Saliência de Identidade de Homens e Mulheres do Setor Têxtil*. Rio de Janeiro: AMPAD.
- Alves, P. C., Souza, I. M., Rabelo, M. C., Alves, P. C., & Souza, I. M. A. (1999). *Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico*. Experiência de doença e narrativa. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Annuseck, E. (2004). *Eu (não) faria tudo de novo! Lembranças de ex-operárias da indústria têxtil de Blumenau*. Esboços-Revista do Programa de Pós-Graduação em História da UFSC. Florianópolis: UFSC.
- _____, *Anuário Brasil Têxtil*. (2013). Associação Brasileira da Indústria Têxtil – ABIT. Disponível em <http://www.abit.org.br/Home.aspx>. Acesso em 15. Janeiro de 2014.
- Aragão.W.M. (1976). *Psicologia: um Estudo Introdutório*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Augusto, V. G., Sampaio, R. F., Ferreira, L. M., & Kirkwood, R. N. (2013). *Capacidade para o trabalho e saúde: O que pensam as trabalhadoras da indústria de vestuário*. *Fisioterapia e Pesquisa*.
- Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barlow. D. H., Duran. V. M. (2008). *Psicopatologia: Uma Abordagem Integrada*. São Paulo:Learning.
- Barnes C., & Mercer, G. K. (2003). *Key Concepts Disability*. Cambridge: Polity Press.

- Bassit, A. Z. (2001). *As diferentes faces da psicologia do trabalho: situações específicas de atuação profissional*. São Paulo: Curso de Psicologia, Universidade São Judas Tadeu.
- Bellusci, S. M. (1998). *Envelhecimento e condições de trabalho em servidores de uma instituição judiciário-Tribunal Regional Federal da 3ª Região, São Paulo* (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Saúde Ambiental.
- Bellusci, S. M., & Fischer, F.M. (1999). *Envelhecimento funcional e condições de trabalho em servidores forenses*. Revista de Saúde Pública.
- Bellusci, S. M. (1998). *Envelhecimento e condições de trabalho em servidores de uma instituição judiciária: tribunal regional federal da 3ª região*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública – Faculdade de Saúde Pública, USP, São Paulo.
- Bellusci, S.; & Fischer, F. M. (1999). *Envelhecimento Funcional e Condições de Trabalho em Servidores Forenses*. Revista de Saúde Publica.
- Bendassolli, P. F. (2011). *Mal estar no trabalho: Do Sofrimento ao Poder de Agir*. Revista Mal Estar e Subjetividade.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Características da investigação qualitativa*. In: *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto Alegre: Porto Editora.
- Boni, V., & Quaresma, S. J. (2005). *Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais*. Em Tese. Periódicos UFSC.
- Borsonello, E. C.; Santos, L. C.; Schmidt, M. L. G., & Andrade, T. G. C. S.(2002). *A influência do afastamento por acidente de trabalho sobre a ocorrência de transtornos psíquicos e somáticos*. Revista Psicologia Ciência e Profissão, v. 22, n.3.
- Braghirolli, E. M.; Bisi, G. P.; & Rizzon, L. A., Nicoletto, U. (1990) *Psicologia Geral*. Porto Alegre: Editora Vozes.

Brasil. (2014). *Medida provisória 664, de Dezembro de 2014: Altera as Leis nº 8.213 e a Lei nº 10.666, de 8 de maio de 2003*. Presidência Da Republica. Casa Civil- Sub chefia para assuntos Jurídicos. Brasília.

Brasil. (1999). Decreto n. ° 3.048, de 6 de maio de 1999. *Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências*. Diário Oficial da União.

Brasil. (1991). *Lei n. 8213 de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências*. Diário Oficial da União, Brasília (DF). Seção I: 14809.

Brasil. (1997). *Decreto n. 2172, de 05 de março de 1977. Regulamenta os Benefícios da Previdência Social*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF). Seção I:4199.

Brasil. (2003). Ministério da Previdência Social. Lei nº 8213 de 24/07/91. Disponível em <<http://www.dataprev.gov.br/>>. Acesso em 10 de janeiro de 2014.

Brasil. (2005). *Portaria Interministerial MPS/MS/MTE Nº 800, de 03 de maio de 2005 - DOU de 05/05/2005. Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho*. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil, Brasília (DF).

Brasil. (2007). Ministério da Previdência Social. *Anuário Estatístico da Previdência Social 2007*. Disponível em: <http://www1.previdencia.gov.br/> >. Acesso em 10 de janeiro de 2014.

Brasil. (2008). Ministério da Previdência Social. *Anuário estatístico de 2008*. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=850>>. Acesso em 10 de janeiro de 2014.

Brasil. (1999). *Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto>. Acesso em 10 de janeiro de 2014.

Bravo, E. S., & Gouveia Vilela, R. A. (2010). *Proposta de articulação entre abordagens metodológicas para melhoria do processo de reabilitação profissional*. Revista Brasileira de Psicologia Organizacional, v. 35 n.121, 64-73.

Bravo, M. I. (2008). *Envelhecimento e Trabalho no Tempo do Capital: Implicações para Proteção Social no Brasil*. São Paulo: Cortez.

Buchalla, C. M., Waldman, E. A., & Laurenti, Ruy. (2003). *A mortalidade por doenças infecciosas no início e no final do século XX no Município de São Paulo*. Revista Brasileira de Epidemiologia

Busso, G. L. (2004). *Proposta preventiva para laceração no manguito rotador de nadadores*. Revista Brasileira Ciência e Movimento, 12(3), 39-45.

Campbell, C. H. (1992). *Needs of relatives and helpfulness of support groups in s e v e r e head injury*. Rehabil Nurs , v. 13, n.6, p.320-5.

Campos, D. C. (2004). *Depressão no Cotidiano do Trabalho*. In: Baptista, M. N. *Suicídio e depressão: atualizações*. São Paulo: Guanabara Koogan.

Canesqui, A. M. (2003). *Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990*. Ciência & Saúde Coletiva, 8(1), 109-124.

Capra F. (2006). *A teia da vida*. São Paulo: Editora Cultrix.

Caraviello, E. Z., Wasserstein, S., Chamlian, T. R., & Masiero, D. (2005). *Avaliação da dor e função de pacientes com lombalgia tratados com um programa de Escola de Coluna*. Acta fisiátrica, 12(1), 11-14.

Cardoso, C. L. (2012). *Análise da capacidade para o trabalho e dos fatores psicossociais em trabalhadores de serviços municipalizados e de controlo de tráfego*. Universidade Técnica de Lisboa. Faculdade de Motricidade Humana. Lisboa.

Cardoso, J. F., & Souloumiac, A. (1996). *Jacobi angles for simultaneous diagonalization*. SIAM journal on matrix analysis and applications, 17(1), 161-164.

Carlotto, M. S., Librelotto, R., Pizzinato, A., & Barcinski, M. (2012). *Prevalência e fatores associados à Síndrome de Burnout nos professores de ensino especial*. *Análise Psicológica*, 30(3), 315-327.

Cavalcante, C. A. A., Enders, B. C., Menezes, R. M. P., & Medeiros, S. M. (2008). *Riscos ocupacionais do trabalho em enfermagem: uma análise contextual*. *Ciência, cuidado e saúde*, 5(1), 088-097.

Cavalcanti, V. R. S. (2005). *Educação, Ações e Trabalho Contra as Vulnerabilidades: As Mulheres na Agenda Social*. Espanha: Universidade de Leon.

CEFET – SC. *Cenário Brasileiro da Cadeia Têxtil*. Centro Federal de Educação Tecnológica de Santa Catarina, [s.d], p. 15. Disponível em <http://www.ifsc.edu.br/>. Acesso em 12/10/2014.

Cestari, E., & Carlotto, M. S. (2012). *Reabilitação profissional: O que pensa o trabalhador sobre sua reinserção*. *Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 12(1), 93-115.

Chizzotti, A. (2006). *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. Cortez.

_____, *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde* (2003). Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, S. Paulo, EdUP.

_____, *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. (1993). Coord. Organização Mundial de Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas.

Codo W. (1999) *Um diagnóstico do trabalho: Em busca do Prazer*. In: Tamayo, A., Borges, A. J. E., Codo, W. (orgs). *Trabalho Organização e Cultura*. São Paulo: Estação das Artes.

Codo, W. (2006). *Por uma psicologia do trabalho: Ensaio recolhidos*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Coimbra, M. G. L. B., Orchard, M. S. E., (2013). *Trajetórias Laborais: Um estudo sobre as Trabalhadoras da Indústria Têxtil vestuarista de Jaraguá do Sul-SC*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina- UFSC

_____, Conjuntura da Indústria Têxtil e de Confecção Brasileira. (2013). Associação da indústria Têxtil, ABIT:2013

Cordas TA, Nardi AE, Moreno RA, & Caste LS. (1997) *Distímia: do mau humor ao mal humor: diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas, 15-21.

Costa G. (2005) *Some considerations about aging, shift work and work ability*. In: Costa G, Goedhard WJA, Ilmarinen J, editors. Proceedings of the 2nd International Symposium in Work Ability: Assessment and promotion of work ability, health and well-being of ageing workers. London: Elsevier.

COSTA, C. P. (2003). *Quando tocar dói: análise ergonômica do trabalho de violistas de orquestra*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações)—Universidade de Brasília, Brasília.

Costa, J. H. (2006) *Manual de acidente do trabalho*. 1ª edição. São Paulo: Juruá.

Costa, M. D. H. (2009). *O trabalho nos servidores de Saúde e a inserção dos Assistentes Sociais* In: Mota, A. E. et.al. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho profissional. São Paulo:Cortez.

Costa, S., Luz, R. (2000) 150 Anos da Indústria Têxtil no Brasil. ABIB. - Rio de Janeiro: Senai.

Cotrim T. (2008). *Idade e Capacidade de Trabalho em Enfermeiros Relação entre a exposição a fatores de carga física e capacidade de trabalho em função da idade*. Unpublished PhD, Faculdade de Motricidade Humana—UTL, Lisboa.

Czeresnia, D., & de Freitas, C. M. (2009). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. SciELO-Editora FIOCRUZ.

Dalgalarrondo.P. (2000). *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Dalton, M. T. B., dos Santos, M. D. C., & Lancman, S. (2010). *Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador-SP*. Revista Brasileira de Psicologia Organizacional, v. 35, n° 121, 10-22.

de Mello-Jorge, M. H. P., & Yunes, J. (2001). *Violência e saúde no Brasil*. Revista USP, (51), 114-127.

de Oliveira, N. L. B., & de Sousa, R. M. C. (2006). *Retorno à atividade produtiva de motociclistas vítimas de acidentes de trânsito*. Acta Paul Enferm, 19(3), 284-9.

de Souza, M. T. S. B., Lisboa, M. T. L., Griep, R. H., Kirchof, A. L. C., & de Azevedo Guido, L. (2010). *Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio musculoesquelético em trabalhadores de enfermagem*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 18(3), 429-435.

Dejours C. (1987). *Por um novo conceito de saúde*. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional.

Dejours C. (1999). *A banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.

Dejours, C. (1992). *A Loucura do Trabalho: Estudo da Psicopatologia do Trabalho*. 5. ed. Ampliada. São Paulo: Cortez.

Dejours, C. (1996). *Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações*. In Chalant, J. F. (Org.). O indivíduo na organização: dimensões esquecidas. 3a edição. São Paulo: Atlas.

Dejours, C. (1999). *Conferências Brasileiras*. São Paulo: Fundação Getulio Vargas, Fundap.

Duran, E. C. M., & Cocco, M. I. M. (2004). *Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário*. Revista Latino-americana de Enfermagem.

_____, Empregos formais na Indústria Têxtil. Fonte: RAIS – MTE. Disponível em http://bi.mte.gov.br/bgcaged/caged_isper/index.php, acesso em 06 de novembro de 2013.

_____, Federação Mundial de Saúde (2005). Pacote internacional de conscientização sobre saúde mental da Federação Mundial para Saúde Mental: Depressão: o que você sabe pode judá-lo. Disponível em: <http://www.wfmh.org/>. Acesso em: 10. dez. 2014.

Ferreira, M. C., & Mendes, A. M. (2001). *Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mau humor: Atividade de atendimento ao público e prazer-sofrimento no trabalho*. Estudos de Psicologia.

Ferreira, M. M., Amado, J. (Orgs). (2000). *Usos e abusos da história oral*. Rio de Janeiro: Editora FGV.

Fischer, F. M. (2005). *Breve histórico desta tradução. Índice de capacidade para o trabalho*. Instituto de Saúde Ocupacional.

Fischer, F. M., Borges, N. S., Rotenberg, L., Latorre, M. R. D. O., Soares, N. S., & Rosa, P. L. F. S. (2005). A (in) capacidade para o trabalho em trabalhadores de enfermagem. *Rev Bras Med Trab*, 3(2), 97-103.

Fischer, F.M. (2009). *Breve histórico desta tradução*. In: Tuomi, K., Ilmarinen, J., Jahkola, A., Katajarinne, L., & Tulkki, A. (org). *Índice de capacidade para o trabalho*. Sao Carlos: Edu. FS. Car. P.9-10.

Fontes, A. P., Fernandes, A. A., & Botelho, M. A. (2010). *Funcionalidade e incapacidade: aspectos conceptuais, estruturais e de aplicação da Classificação Internacional de funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 171-178.

Fraser, T.M. (1983). *Human stress, work and job satisfaction: a critical approach*. Geneva: International Labour Office.

Garnett, W. P. (1997). *Chaos theory tamed*. Washington DC: Joseph Henry Press.

Goldenberg, M., & Haguette, T. (1997). *A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Record.

Graef, F. G. & Brandão, M.L. (1993) *Neurobiologia das Doenças Mentais*. São Paulo: Lemos Editorial.

Graeff, F. G., Brandão, M. L., Graeff, F. G., & Brandão, M. L. (1993). *Distúrbios afetivos*. In: Graeff & Brandão: Neurobiologia das doenças mentais, 79-108.

Gravina, M. E. R., & Rocha, L. E. (2006). *Lesões por esforços repetitivos em bancários: reflexões sobre o retorno ao trabalho*. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, 9(2), 41-55.

Gravina, M. E. R.; Nogueira, D. P.; & Rocha, L. E. (2006). *Reabilitação profissional em um banco: facilitadores e dificultadores no retorno ao trabalho*. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo. São Paulo, v. 14, n. 1, p. 19-26.

Guimarães, N. A., & Consoni, F. (2000). *As desigualdades reestruturadas: um olhar sobre os diferenciais de sexo e raça no acesso ao trabalho em setores selecionados da atividade produtiva*. In: Projeto Reestruturação produtiva, política industrial e contratação coletiva nos anos, 90.

Guimarães. N. A., Consoni. F. L. (2000). *Um Olhar Sobre os Diferenciais de Sexo e Raca no Acesso ao trabalho em setores relacionados da Atividade Produtiva*. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP). São Paulo.

Guiraldelli, R. (2007). *Presença feminina no mundo do trabalho: História e atualidade*. Revista da RET, Ano In úmero, 1-2007.

Günter.H. (2006) *Pesquisa Qualitativa:Esta é a Questão?*.Psicologia, teoria e Pesquisa. Universidade de Brasília. Brasília.

Heberts, X. (2003). *Ortopedia e Traumatologia: princípios e práticas*. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed.

- Holzmann, L. (2000). *Notas sobre as condições da mão-de-obra feminina frente às inovações tecnológicas*. Revista: Sociologias, (4), 258-273.
- Ilmarinen, J., Tuomi, K., & Seitsamo, J. (2005). New dimensions of work ability. In Costa G, Goedhard WJA, Ilmarinen J,: *International Congress Series* Elsevier. (Vol. 1280, pp. 3-7).
- Ilmarinen, J., & Tuomi, K. (1993). *Work ability index for aging workers*. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health, 142-51.
- Ilmarinen, J., Tuomi, K., & Klockars, M. (1997). *Changes in the work ability of active employees over an 11-year period*. Scandinavian journal of work, environment & health, 49-57.
- Ilmarinen, J., Tuomi, K., Eskelinen, L., Nygård, C. H., Huuhtanen, P., & Klockars, M. (1981). *Background and objectives of the Finnish research project on aging workers in municipal occupations*. Scandinavian journal of work, environment & health, 7-11.
- Imrie R. (2004). *Demystifying disability: a review of the International Classification of Functioning, Disability and Health*. Sociol Health Illn, v. 26, :287-305.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (2000) Recenseamento Brasil, ano 2000. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/censo/>>. Acesso em 02 de fevereiro de 2015.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. (2014) Censo demográfico de 1999 a 2000. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/censo/>>. Acesso em 02 de fevereiro de 2015.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. (2014) Censo demográfico de 2000 a 2013. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/censo/>>. Acesso em 02 de fevereiro de 2015.
- Instituto Nacional de Seguridade Social –INSS.(2012). A Previdência Social. Brasília. Disponível em: <<http://www.mpas.gov.br>>. Acesso em: 10 de abril de 2014.

_____, Jornal Nacional, Portal de Notícias G1 (2015) *Imagens mostram consulta de perito do INSS sem examinar paciente*. Edição do dia 14/05/2015. Disponível em: <http://g1.globo.com/index.html>. Acesso em 15 de maio de 2015.

Lakatos, E. M., & Marconi, M. D. A. (1999). *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, elaboração, análise e interpretação dos dados*. Atlas, São Paulo.

Latorre, M. R. D. O. (2006). *Prevalência de alteração vocal em educadoras e sua relação com a auto-percepção*. Revista Saúde Pública, 40(6), 1013-8.

Laurenti, R., Jorge, M. H. P. M., Lebrão, M.L., & Gotlieb, S.L.D. (2005). *Estatísticas de saúde*. 2ª edição. São Paulo: EPU

Legge, D. (1976). *Introdução a Ciência da Psicologia*. Rio de Janeiro: Zahar.

_____, Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991b – DOU DE 14/08/1991. *Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências*. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1991/8213.htm>>. Acesso em 25 de novembro de 2014.

Lüdke, M., & André, M. E. (1986). *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária.

Lupatini Filho, J. O., da Silva, J. C., Pomatti, D. M., & Bettinelli, L. A. (2007). *Síndrome metabólica e estilo de vida*. Revista Gaúcha de Enfermagem, 29(1), 113.

Luria, A. R., (1991) *Curso de Psicologia Geral; Vol I* Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira.

Maeno, M. (2011). *Reinserção de trabalhadores com LER no mercado de trabalho*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública-Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

- Maeno, M., & Vilela, R. D. G. (2010). *Reabilitação profissional no Brasil: elementos para a construção de uma política pública*. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional.
- Marqueze, E. C., & Moreno, C. D. C. (2009). *Satisfação no trabalho e capacidade para o trabalho entre docentes universitários*. Psicologia em estudo, 14(1), 75-82.
- Martinez, M. C., & Latorre, M. R. D. O. (2008). *Saúde e capacidade para o trabalho de eletricitários do Estado de São Paulo*. Ciência Saúde Coletiva, 13(3), 1061-73.
- Martinez, M. C., Latorre, M. R. D. O., & Fischer, F. M. (2010). *Capacidade para o trabalho: revisão de literatura*. Ciênc Saúde Coletiva, 15(Suppl 1), 1553-61.
- Martinez, M. C., Latorre, M. R. D. O., & Fischer, F. M. (2009). *Validade e confiabilidade da versão brasileira do Índice de Capacidade para o Trabalho*. Revista de Saúde Pública, São Paulo.
- Martins, M.M., (2002). *Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais em enfermagem no trabalho em turnos* [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina.
- Martins, M. (2002). *Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais em enfermagem no trabalho em turnos*. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.
- Martins, S. P. (2012). *Fundamentos de direito da seguridade social*. Biblioteca digital Jurídica – Bdjur.
- Mayring, P.(2002) *Einführung in Die Qualitative Sozialforschung*. Introdução a Pesquisa Social Qualitativa. Weinheim: Beltz.
- Mello, J. M.H., Gotlieb, S.L.D., & Laurenti, R.(2001). *Saúde no Brasil: análise do período de 1996 a 1999*. OMS.
- Melo, H. P., (2000). *O Trabalho Industrial Feminino*. Rio de Janeiro: IPEA - Instituto de Pesquisa Aplicada.

Melo, M., & Duarte, T. (2001). *Têxtil e Vestuário-Deslocalização ou realocização?.* Gabinete de Estratégias e Estudos, Ministério da Economia.

Mendes, R., & Dias, E.C. (1991). *Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador.* Revista Saúde Pública.

Mendes, A. M. B. (2003). *Trabalho, estresse e depressão.* Conselho Federal de Psicologia. In: Psicologia Online-POL Brasília. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/> Acesso em: 15. abril. 2014.`

Mendes, R., & Dias, E. (1999). *Saúde dos trabalhadores.* In M. Z. Rouquayrol & N. Almeida Filho. Epidemiologia e saúde (3. ed., pp.431-456). Rio de Janeiro, RJ: Medsi.

Mendes, R., & Dias, E. C. (1999). *Da medicina do trabalho à saúde do Trabalhador.* Revista Saúde Publica.

Metzner, R. J., & Fischer, F. M. (2001). *Fadiga e capacidade para o trabalho em turnos fixos de doze horas.* Revista Saúde Pública.

Minayo, M. D. S., Hartz, Z. M. D. A., & Buss, P. M. (2000). *Qualidade de vida e saúde: um debate necessário.* Revista Ciência e Saúde Coletiva.

Minayo, M.C.S (2005) *O desafio do conhecimento, Pesquisa Qualitativa em Saúde.* 8ª edição .São Paulo: Hucitec.

Ministério da Previdência e Assistência Social (2003). *Previdência Social.* Disponível <<http://www.previdenciasocial.gov.br>>. Acesso em 10 de fevereiro de 2014.

Ministério da Previdência Social. (2013). *Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social.* Anuário Estatístico da Previdência Social.

Ministério da Saúde (2013). *Diretrizes para implantação da vigilância em saúde do trabalhador no SUS.* Disponível <<http://www.renastonline.org>>. Acesso em 03 de Janeiro de 2014.

Ministério da Saúde (2013). Portal Brasil. *Acidente de trabalho: saúde do trabalhador depende do engajamento das empresas; cerca de 700 mil casos são registrados todos os anos*. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude>. Acesso em 25 de agosto de 2014.

Ministério da Saúde. (2001). *Doenças relacionadas ao trabalho: Manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília, DF: MS.

Ministério da Saúde. (2010). Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador-Renast. Manual de gestão e gerenciamento. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ManualRenast07.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2015.

Monteiro, M. S.; & Gomes, J. R. (1998). *Reestruturação produtiva e saúde do trabalhador: um estudo de caso*. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 345-353.

Monteiro, M .S. (1999). *Envelhecimento e capacidade para o trabalho entre trabalhadores brasileiros*. Tese (Doutorado em Saúde do Trabalhador) – Departamento de Saúde Ambiental, Faculdade de Saúde Pública, USP, São Paulo.

Moraes, M. L. A. (2008). *Análise do Conteúdo na Leitura e Interpretação do Discurso Grupal*. Porto Alegre: Sulina.

Motta-Roth, D. (2005). *Questões de metodologia em análise de gêneros*. In: Gêneros textuais: reflexões e ensino. Palmas e União da Vitória, PR: Kaygangue, 179-202.

Natal, T., & Faiman, C.J.S. (2010). *Repercussões do afastamento do trabalho na identidade de homens e mulheres - um estudo comparativo*. Saúde, Ética & Justiça. 2010;15(1)16-27.

Natal, T., & Faiman, C.J.S.(2010). *Repercussões do afastamento do trabalho na identidade de homens e mulheres - um estudo comparativo*. Saúde, Ética & Justiça. 15(1)16-27.

Nielsen J.(1999). *Employability and workability among Danish employees*. Exp Aging Res. 25(4):393–397.

Nogueira, C. M. (2004) *A feminização no mundo do trabalho: entre a emancipação e a precarização*. Campinas: Autores Associados.

Noro, C. P., & Kirchhof, A. L. C. (2004). *Prevalência dos transtornos mentais em trabalhadores de instituição federal de ensino superior-RS (1997-1999)*. Saúde Santa Maria.

Nygård, C.H., Eskelinen, L., Suvanto, S., Tuomi, K., & Ilmarinen, J. (1991). *Associations between functional capacity and work ability among elderly municipal employees*. Scand J Work Environ Health.

Oliveira, M. M. (2007). *Como fazer pesquisa qualitativa*. Petrópolis: Vozes.

Oliveira, N. L. B., & de Sousa, R. M. C. (2006). *Retorno à atividade produtiva de motociclistas vítimas de acidentes de trânsito*. Acta Paulista de Enfermagem, 19(3), 284-289.

Oliveira, O. J. (2004). *Gestão da Qualidade-Tópicos Avançados*. Cengage Learning Editores.

Organização das Nações Unidas. (2003) *OIT: um trabalhador morre a cada 15 segundos por acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho*. Organização das Nações Unidas. Disponível em: <http://www.onu.org.br>. Acesso em 23 de dezembro de 2014.

Organização Mundial da Saúde (2001) *CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. in: Buchalla, C. M. (Org.) São Paulo: Universidade de São Paulo.

Organização Mundial da Saúde (2001). *Relatório Mundial sobre a saúde 2001: Saúde mental: Nova concepção, nova esperança*. Genebra, Suíça: Editora da OMS.

Organização Mundial da Saúde. (2003) *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. São Paulo: Edusp.

Organização Mundial de Saúde (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*. Lisboa.

Organização Mundial de Saúde. (2002). *Rumo a uma linguagem comum para funcionalidade, incapacidade e saúde: CIF*. Genebra: OMS.paginas/.htm>. Acesso em: 15.jul. 2013.

Pohjonen, T. (1999). *Key components of work ability and how to maintain them. Newsletter of the Finnish Institute*. Disponível em <http://www.ttl.fi/Internet/English/Information/Electronic>. Acesso em 15 de agosto de 2014.

Polizelli, K. M., & LEITE, S. N. (2010). *Quem sente é a gente, mas é preciso relevar: a lombalgia na vida das trabalhadoras do setor têxtil de Blumenau*. Saúde e Sociedade.

Pombo, F., & Tschimmel, K. (2005). *O Sapiens e o Demens no pensamento do design: a percepção como centro*. Revista Design em Foco, 2(2), 63-76.

_____, *Promulga a Convenção n. 159, da Organização Internacional do Trabalho - OIT, sobre Reabilitação Profissional e Emprego de Pessoas Deficientes*. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 1991 Maio 22; Seção I: 9783.

Queiroz, D. L. (2012). *Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais de enfermagem de um hospital de Grande Porte de dourados, MS*. Universidade Católica Dom Bosco (UCDB). Campo Grande –MS.

Queiroz, S. N., Filho, L. A. S. (2008). *Indústria Têxtil: Avaliação Empírica do Emprego formal em Santa Catarina vis-a-vis o Ceará – 1998/2008*. Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Ribeiro, H. P. (1997). *Lesões por Esforços Repetitivos (LER): uma doença emblemática*. Cadernos de Saúde Pública, v. 13, nº2.

Rodrigues, K. L. R., & Ferreira, S. T. D. O. (2011). *Depressão: É possível intervir na incapacidade para o trabalho?*. Banco do Conhecimento: Consad.

Rosen, R. (1991). *Life itself: a comprehensive inquiry into the nature, origin and fabrication of life*. New York: Columbia University Press.

Sampaio, R. F. (Org.) (2005). *Implantação de serviço de reabilitação profissional: a experiência da UFMG*. Fisioterapia e Pesquisa, São Paulo, v. 12, n. 2.

Sampaio, R. F. ; & Luz, M. T. (2009). *Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial de Saúde*. Cadernos de Saúde Pública, 25(3), 475-83.

Sampaio, R. F; Mancini, M.C. ; Martins, F.C. ; Figueiredo, I. M. ; & Alves, G. B. (2006). *Work-related hand injuries: cases analysis in a Brazilian rehabilitation service*. Disabil Rehabil.

Sato, L., & Spink, M. J. (1993). *A representação social do trabalho penoso*. O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social, 188-211.

Seitsamo, J., & Ilmarinen, J. (1997). *Life-style, aging and work ability among active Finnish workers in 1981—1992*. Scandinavian journal of work, environment & health, 20-26.

Seligmann-Silva, E., & Mendes, R. (1995). *Psicopatologia e psicodinâmica do trabalho*. Patologia do trabalho, 287-310. Rio de Janeiro: Atheneu.

Seligmann-Silva, E. (2011). *Trabalho e Desgaste Mental: O Direito de Ser Dono de si Mesmo*. Sao Paulo:Cortez.

Silva, L. R., Galvan, L., Sakae, T. M., & Magajewski, F. R. L. (2011). *Nexo técnico epidemiológico previdenciário: perfil dos benefícios previdenciários e acidentários concedidos pelo INSS na região do Vale do Itajaí (SC) antes e depois da norma*. Revista Brasileira de Medicina do Trabalho.

Silva.S., & Kruszielski.L. (2008). *Estresse e Depressão em Mulheres Trabalhadoras da Indústria Têxtil*. Psico. Dom. v.2, n.2.

Simonelli, A. P.; Camarotto, J. A. ; Bravo, E.S. ; & Vilela, A.G (2010). *Proposta de articulação entre abordagens metodológicas para melhoria*

do processo de reabilitação profissional. Revista de Saúde Ocupacional, volume 35, nº121, São Paulo.

Sjögren-Rönkä, T., Ojanen, M. T., Leskinen, E. K., Mustalampi, S. T., & Mälkiä, E. A. (2002). *Physical and psychosocial prerequisites of functioning in relation to work ability and general subjective well-being among office workers*. Scandinavian journal of work, environment & health, 184-190.

Sousa, R.M.C, & Koizumi, M.S. (1998) *As vítimas de traumatismo crânio-encefálico seis meses após o trauma*. Acta Paul Enfermagem. 11(1): 63-78

Sousa, R.M.C, & Koizumi, M.S. (1998). *Recuperação das vítimas de trauma craniencefálico*. Arquivo Brasileiro de Neurocirurgia; 17(2):72-80.

Souza, M.; & Faiman, C.J.S. (2007). *Trabalho, saúde e identidade: repercussões do retorno ao trabalho, após afastamento por doença ou acidente, na identidade profissional*. Revista Saúde, Ética & Justiça.

Souza, S., & Santana, S. M. (2011). *Afastamento do Trabalho por Acidentes e Doenças Relacionados ao Trabalho*. Brasília: SESI. Disponível em

<http://www.moodle.fmb.unesp.br/Custos_e_impacto_sobre_a_produtividade_na_industria_no_Brasil.f>. Acesso em 01 de novembro de 2014.

Steffens, L. Org. (20015) *Convenção Coletiva de Trabalho 2014/2015.Sindicato dos Trabalhadores nas Industrias de Fiação Malharia, Tecelagem e Assemelhados de Joinville*. Sinditex: Joinville.

Takahashi, M. A. B. C. & Canesqui, A. M. (2003). *Pesquisa avaliativa em reabilitação profissional: a efetividade de um serviço em desconstrução*. Cadernos de Saúde Pública, 19 (5), 1473-1483.

Takahashi, M., Kato, M., Leite, R. A. O., Göeldi, P. E., & MPEG, B. (2010). *Incapacidade, reabilitação profissional e Saúde do Trabalhador: velhas questões, novas abordagens*. Revista Brasileira de Psicologia Organizacional, v.35, nº 121.

Takashi, M. A. B. C. (2006). *Incapacidade e Previdência Social: trajetória de incapacitação de trabalhadores adoecidos por LER/DORT no contexto da reforma previdenciária brasileira da década de 1990*. Biblioteca digital UNICAMP: São Paulo.

Tanaka, O. Y. (2011). *Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta*. Saúde e Sociedade, 20(4), 927-934.

Thomson, A., Skinner, A., & Piercy, J. (2002). *Doenças e Distúrbios dos Ossos e Articulações*. Revista de Fisioterapia de Tidy. 12º ed. São Paulo: Santos, 91-93.

Toldrá, R., Lancman, S. & Santos, M. (2010). *Reabilitação profissional e saúde mental no trabalho. Saúde mental no trabalho: da teoria à prática*. São Paulo: Roca, 98-112.

Toldra, R.C., Daldon, M. T. B., dos Santos, M. D. C., & Lancman, S. (2010). *Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador-SP*. Brasil. RBSO, 35(121), 10-22.

Torres, M. M., Rocha, R. M., Gomes, S. M. F. P. O. (2012). *Crescimento e Mobilidade do Emprego: Uma Análise Exploratória para o setor Têxtil do Agreste Pernambucano*. VIII Encontro de Economia Baiana: Economia Regional.

Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A, Katajarinne L, & Tulkki A. (2005). *Índice de capacidade para o trabalho*. São Carlos: EdUFSCar, 2005.

Tuomi, K., Vanhala, S., Nykyri, E., Janhonen, M. (2004). *Organizational practices, work demands and the well-being of employees: a follow-up study in the metal industry and retail trade*. Occup Med. 54:115-121.

Tuomi, J., & Vuorisalo, T. (1989). *What are the units of selection in modular organisms?*. Oikos, 227-233.

Vazquez-Barquero, J. L. (Org.). (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de Discapacidad y de la Salud (CIF): antecedentes, marco conceptual y estructura*. Papeles Médicos, v. 10, n. 4.

Verbrugge LM, Jette AM. (1994). *The disablement process*. Social Science Medicine.

Walsh, I. A. P. D., Corral, S., Franco, R. N., Canetti, E. E. F., Alem, M. E. R., & Coury, H. J. C. G. (2004). *Capacidade para o trabalho em indivíduos com lesões músculo-esqueléticas crônicas*. Revista Saúde Pública, 38(2), 149-56.

Walsh, I. A. P. (2011). *Capacidade para o trabalho em indivíduos com lesões musculoesqueléticas crônicas*. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 149-156.

Weinstein, B. (1995). *As mulheres trabalhadoras em São Paulo: de operárias não qualificadas a esposas profissionais*. cadernos pagu, 4, 143-171.

Zurimendi, M. M. (1994). *Conceptos de ergonomía: critérios para la adaptación persona - puesto*. In: *FUNDACIÓN MAPFRE MEDICINA*. Metodologías y estrategias para la integración laboral. Madrid: Mapfre.

ANEXO A - Índice de Capacidade para o Trabalho

ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO

Esse questionário foi elaborado pelo Instituto de Saúde Ocupacional da Finlândia, Helsinki; traduzido e adaptado por pesquisadores das seguintes instituições: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; Departamento de Saúde Ambiental e Centro de Estudos e Pesquisas sobre o Envelhecimento; Universidade Federal de São Carlos; Departamento de Enfermagem; Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública; Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana.

Por favor, responda cuidadosamente a todas as questões, assinalando a alternativa que você acha que melhor reflete a sua. Não deixe nenhuma questão sem responder.

1. Suponha que a sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos. Assinale com um X um número na escala de zero a dez, quantos pontos você daria para a sua capacidade de trabalho atual.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Estou incapaz para o trabalho								Estou em minha melhor capacidade para o trabalho		

2. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas do seu trabalho? (Por exemplo, fazer esforço físico com partes do corpo)

Muito boa	<input type="checkbox"/>	5
Boa	<input type="checkbox"/>	4
Moderada	<input type="checkbox"/>	3
Baixa	<input type="checkbox"/>	2
Muito baixa	<input type="checkbox"/>	1

3. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências mentais do seu trabalho? (Por exemplo, interpretar fatos, resolver problemas, decidir a melhor forma de fazer)

Muito boa	<input type="checkbox"/>	5
Boa	<input type="checkbox"/>	4
Moderada	<input type="checkbox"/>	3
Baixa	<input type="checkbox"/>	2
Muito baixa	<input type="checkbox"/>	1

4. Na sua opinião quais das lesões por acidentes ou doenças citadas abaixo você possui **atualmente**. Marque **também** aquelas que foram **confirmadas pelo médico**.

	Em minha opinião	Diagnóstico médico		Em minha opinião	Diagnóstico médico
01. Lesão nas costas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. Doença ou lesão da visão (não assinala se apenas usa óculos e/ou lentes de contato de grau).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02. Lesão nos braços/mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. Doença neurológica (acidente vascular cerebral ou "derrame", neuralgia, enxaqueca, epilepsia).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03. Lesão nas pernas/pés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. Outra doença neurológica ou dos órgãos dos sentidos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. Lesão em outras partes do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qual?		
Onde? Que tipo de lesão?			29. Pedras ou doença da vesícula biliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05. Doença na parte superior das costas ou região do pescoço, com dores frequentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. Doença do pâncreas ou do fígado.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06. Doença da parte inferior das costas com dores frequentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. Úlcera gástrica ou duodenal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07. Dor nas costas que se irradia para a perna (ciática)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. Gastrite ou irritação duodenal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08. Doença músculo-esquelética afetando os membros (braços e pernas) com dores frequentes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. Colite ou irritação do cólon.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09. Artrite reumatóide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. Outra doença digestiva.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Outra doença músculo-esquelética Qual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qual?		
11. Hipertensão arterial (pressão alta).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. Infecção das vias urinárias.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Doença coronariana, dor no peito durante exercício (angina pectoris).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. Doença dos rins.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Infarto do miocárdio, trombose coronariana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. Doença nos genitais e aparelho reprodutor (ex.: problema nas trompas ou próstata).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Insuficiência cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. Outra doença geniturinária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Outra doença cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39. Alergia, eczema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual?			40. Outra erupção.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Infecções repetidas no trato respiratório (incluindo amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qual?		
17. Bronquite crônica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41. Outra doença de pele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Sinusite crônica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qual?		
19. Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42. Tumor benigno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43. Tumor maligno (câncer).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Tuberculose pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Onde?		
22. Outra doença respiratória	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44. Obesidade.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual?			45. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Distúrbio emocional severo (ex.: depressão severa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46. Bocio ou outra doença da tireóide.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Distúrbio emocional leve (ex.: depressão leve, tensão, ansiedade, insônia).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47. Outra doença endócrina ou metabólica.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Problema ou diminuição na audição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qual?		
			48. Anemia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			49. Outra doença do sangue.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Qual?		
			50. Defeito de nascimento.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Qual?		
			51. Outro problema ou doença.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Qual?		

5. Sua lesão ou doença é um impedimento para seu trabalho atual? (Você pode marcar mais de uma resposta nesta pergunta)

Não há impedimento/
Eu não tenho doenças 6

Eu sou capaz de fazer meu trabalho,
mas ele me causa alguns sintomas 5

Algumas vezes preciso diminuir meu ritmo
de trabalho ou mudar meus métodos de
trabalho 4

Freqüentemente preciso diminuir meu
ritmo de trabalho ou mudar meus métodos
de trabalho 3

Por causa de minha doença sinto-me capaz
de trabalhar apenas em tempo parcial 2

Na minha opinião estou totalmente
incapacitado para trabalhar 1

6. Quantos dias inteiros você esteve fora do trabalho
devido a problemas de saúde, consulta médica ou para
fazer exame durante os últimos 12 meses?

Nenhum 5
Até 9 dias 4
De 10 a 24 dias 3
De 25 a 99 dias 2
De 100 a 365 dias 1

7. Considerando sua saúde, você acha que será
capaz de **daqui a 2** anos fazer seu trabalho atual?

É improvável 1
Não estou muito certo 4
Bastante provável 7

8. Recentemente você tem conseguido apreciar suas
atividades diárias?

Sempre 4
Quase sempre 3
Às vezes 2
Raramente 1
Nunca 0

9. Recentemente você tem se sentido ativo e alerta?

Sempre 4
Quase sempre 3
Às vezes 2
Raramente 1
Nunca 0

10. Recentemente você tem se sentido cheio de
esperança para o futuro?

Quase sempre 3
Às vezes 2
Raramente 1
Nunca 0

ANEXO B - Roteiro de Entrevista



Universidade Federal de Santa Catarina
 Centro de Filosofia e Ciências Humanas
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
 PSICOLOGIA**

Caracterização dos Sujeitos:

Nome:	
Sexo:	Idade:
Estado Civil:	Escolaridade:
Profissão:	Cargo atual:
Cargo (s) Anteriormente exercido (s) /Período:	
Condição Sócia econômica:	
Faixa Salarial:	Faixa Salarial Familiar:
Condições de Moradia: Casa () Apartamento () Outro ()	
Própria Quitada () Própria em Financiamento () Alugado () Outro ()	
Estilo de Vida:	
Fumante: Não () Sim () Tempo: _____	
Consumo de bebida alcoólica:	
Não () Sim ()	
Raramente () Eventualmente () Frequentemente () Diariamente ()	
Prática de Exercícios Físicos:	
Não () Sim () Raramente () Eventualmente () Frequentemente ()	
Diariamente ()	
Condições de Afastamento do Trabalho:	
Diagnóstico: _____ Comorbidade: _____	
Tempo de Afastamento: _____	
Reincidência de Afastamentos: Não () Sim ()	
Pelo mesmo Diagnóstico () Outro () _____	
Passou por Reabilitação: () Não Sim ()	
Como avalia: _____	
Condições de Retorno ao Trabalho:	
Tempo em que retornou: _____	
Mudança de Cargo: () Não () Sim	
Função Anterior ao Afastamento: _____	
Função após Retorno: _____	
Uso de Medicamentos/	
Quais: _____	
Peso: _____ Altura: _____	

Questões Norteadoras:**Condições de Saúde:**

Descreva sua condição de saúde anterior ao afastamento do trabalho (como se sentia, como realizava seu trabalho, relacionamento entre pares e chefias, como percebia sua condição de saúde, satisfação com Trabalho)

Como ocorreu o afastamento do trabalho (Diagnóstico, tempo de afastamento, reincidência de afastamentos, perícias médicas, percepção da sua saúde, condições de saúde).

Como ocorreu o retorno ao trabalho (Remissão de sintomas, como se sentia ao realizar o trabalho, presença de dores ou mal estar, como realizava o trabalho, relacionamento com pares e chefias, como percebia sua condição de saúde, percepção de capacidade para o trabalho, satisfação com trabalho, satisfação com trabalho/função).

Condições de Trabalho:

Descreva as condições em que seu trabalho é realizado (Esforço físico, modo de gestão, utilização do conhecimento, limitações, reconhecimento, administração do tempo, conflitos, condições do ambiente de trabalho, nível de responsabilidade, jornada de trabalho, volume e conteúdo do trabalho)

Auto Percepção:

- 3.1 – Descreva o quanto se percebe apto para o trabalho/função.
- 3.2 – Descreva como percebe as demandas físicas, intelectuais e psicológicas do trabalho e como avalia sua capacidade de resposta para cada uma delas.
- 3.3 – Descreva o quanto se sente bem no presente
- 3.4 – Descreva o quanto capaz você percebe estar para executar as atividades de seu trabalho.
- 3.5- Descreva como percebe a sua saúde, sua capacidade física e intelectual.
- 3.6 Descreva como percebe que responde as exigências do trabalho.
- 3.7 – Faça uma avaliação das suas condições de saúde e sua condição psicológica para lidar com problemas, no presente e no futuro próximo.

ANEXO C - Checklist (Versão 2.1) Da Classificação Internacional De Funcionalidade

Checklist

Funções do Corpo									
Qualificadores									
	0	1	2	3	4	8	9		
Capítulo 1 – Funções Mentais									
<i>(Funções Mentais Globais)</i>									
b110	Funções da consciência								
b114	Funções da orientação no espaço e no tempo								
b117	Funções intelectuais								
b122	Funções psicossociais globais								
b125	Funções intrapessoais								
b126	Funções do temperamento e da personalidade								
b134	Funções do sono								
<i>(Funções Mentais Específicas)</i>									
b140	Funções da atenção								
b144	Funções da memória								
b147	Funções psicomotoras								
b152	Funções emocionais								
b156	Funções da percepção								
b163	Funções cognitivas básicas								
b164	Funções cognitivas de nível superior								
b167	Funções mentais da linguagem								
b172	Funções do cálculo								
Capítulo 2 – Funções sensoriais e dor									
b210	Funções da visão								
b215	Funções dos anexos do olho								
b230	Funções auditivas								
b235	Funções vestibulares								
b250	Função gustativa								
b255	Função olfativa								
b260	Função proprioceptiva								
b265	Função tátil								
b280	Sensação de dor								
Capítulo 3 – Funções da voz e da fala									
b310	Funções da voz								
b320	Funções de articulação								
b330	Funções da fluência e do ritmo da fala								
Capítulo 4 – Funções do aparelho cardiovascular, dos sistemas hematológico e imunológico e do aparelho respiratório									
b410	Funções cardíacas								
b420	Funções da pressão arterial								
b429	Funções cardiovasculares, não especificadas								
b430	Funções do sistema hematológico								
b435	Funções do sistema imunológico								
b440	Funções da respiração								

¹ Este qualificador deve ser utilizado sempre que não houver informação suficiente para especificar a gravidade da deficiência.

² Este qualificador deve ser utilizado nas situações em que seja inadequado aplicar um código específico.

Capítulo 5 - Funções do aparelho digestivo e dos sistemas metabólicos e endócrino						
b515	Funções digestivas					
b525	Funções de defecação					
b530	Funções de manutenção do peso					
b555	Funções das glândulas endócrinas					
b560	Funções de manutenção do crescimento					
Capítulo 6 - Funções genito-urinárias e reprodutivas						
b620	Funções miccionais					
Capítulo 7 - Funções neuromusculoesqueléticas e funções relacionadas com o movimento						
b710	Funções relacionadas com a mobilidade das articulações					
b715	Estabilidade das funções das articulações					
b730	Funções relacionadas com a força muscular					
b735	Funções relacionadas com o tônus muscular					
b740	Funções relacionadas com a resistência muscular					
b750	Funções relacionadas com reflexos motores					
b755	Funções relacionadas com reacções motoras involuntárias					
b760	Funções relacionadas com o controlo do mov. voluntário					
b765	Funções relacionadas com o controlo do mov. involuntário					
b770	Funções relacionadas com o padrão de marcha					
b780	Funções relacionadas c/ os músculos e funções do mov.					
Outras funções do corpo a considerar						

Actividade e Participação

Nota: Assinale com uma cruz (X), à frente de cada categoria, o valor que considera mais adequado à situação de acordo com os seguintes qualificadores:

- 0 - Nenhuma dificuldade; 1 - Dificuldade ligeira; 2 - Dificuldade moderada; 3 - Dificuldade grave;
4 - Dificuldade completa; 8 - Não especificada³; 9 - Não aplicável⁴

Qualificadores	0	1	2	3	4	8	9
Capítulo 1 – Aprendizagem e aplicação de conhecimentos							
d110 Observar							
d115 Ouvir							
d130 Imitar							
d131 Aprender através da interacção com os objectos							
d132 Adquirir informação							
d133 Adquirir linguagem							
d134 Desenvolvimento da linguagem							
d137 Adquirir conceitos							
d140 Aprender a ler							
d145 Aprender a escrever							
d150 Aprender a calcular							
d155 Adquirir competências							
d160 Concentrar a atenção							
d161 Dirigir a atenção							
d163 Pensar							
d166 Ler							
d170 Escrever							
d172 Calcular							
d175 Resolver problemas							
d177 Tomar decisões							
Capítulo 2 – Tarefas e exigências gerais							
d210 Levar a cabo uma tarefa única							
d220 Levar a cabo tarefas múltiplas							
d230 Levar a cabo a rotina diária							
d250 Controlar o seu próprio comportamento							
Capítulo 3 – Comunicação							
d310 Comunicar e receber mensagens orais							
d315 Comunicar e receber mensagens não verbais							
d325 Comunicar e receber mensagens escritas							
d330 Falar							
d331 Produções pré-linguísticas							
d332 Cantar							
d335 Produzir mensagens não verbais							
d340 Produzir mensagens na linguagem formal dos sinais							
d345 Escrever mensagens							
d350 Conversação							
d355 Discussão							
d360 Utilização de dispositivos e de técnicas de comunicação							
Capítulo 4 – Mobilidade							
d410 Mudar as posições básicas do corpo							
d415 Manter a posição do corpo							
d420 Auto-transferências							
d430 Levantar e transportar objectos							
d435 Mover objectos com os membros inferiores							
d440 Actividades de motricidade fina da mão							
d445 Utilização da mão e do braço							
d446 Utilização de movimentos finos do pé							
d450 Andar							

³ Este qualificador deve ser utilizado sempre que não houver informação suficiente para especificar a gravidade da dificuldade.

⁴ Este qualificador deve ser utilizado nas situações em que seja inadequado aplicar um código específico.

