

# Programa de retorno ao trabalho em um hospital de São Paulo: resultados iniciais, fatores facilitadores e obstáculos de uma perspectiva administrativa

Return to work program in a hospital located in São Paulo, Brazil: initial results, facilitators and obstacles from an administrative perspective

Glacy Sabra Vieira<sup>1</sup>, Débora Miriam Raab Glina<sup>2</sup>, Marcelo Pustiglione<sup>3</sup>, Lys Esther Rocha<sup>4</sup>,  
Katia Maciel Costa-Black<sup>5</sup>

## RESUMO

**Contexto:** A incapacidade para o trabalho constitui-se num problema de Saúde Pública que acarreta transtornos aos trabalhadores no retorno ao trabalho (RT) após apresentarem afastamento por agravo à saúde. O Programa de Saúde Ocupacional de Retorno ao Trabalho (PROSORT) no hospital surgiu da necessidade de promover a reinserção do trabalhador ao trabalho num contexto biopsicossocial, levando-se em conta sua queixa de saúde e o contexto da incapacidade, assim como a permissão por parte da Previdência Social para o RT. **Objetivo:** Analisar os resultados do PROSORT em um hospital cardiológico em São Paulo, indicando os facilitadores e obstáculos. **Métodos:** Estudo de caso realizado entre maio de 2007 e janeiro de 2009, com 71 do total de 135 trabalhadores afastados que apresentaram incapacidade para o trabalho; composto de síntese qualitativa de uma intervenção de RT e análise descritiva dos dados. **Resultados:** O PROSORT é composto de cinco etapas: pesquisa médico-ocupacional e avaliação socioeconômica do funcionário; preparação de RT; período de estágio; avaliação desse período; verificação de sucesso. A população foi composta por 62 pessoas do sexo feminino (87,3%) e 9 do sexo masculino (12,7%). O período de afastamento foi superior a 101 dias para 64,7% dos funcionários. As patologias mais frequentes foram as osteomusculares, seguidas das doenças mentais. A depressão foi o diagnóstico mais frequente (22,4%). Predominaram os riscos associados a aspectos ergonômicos e psicossociais. Em 81,3% dos casos houve sucesso total ou parcial. Os facilitadores incluíram: apoio gerencial, equipe multiprofissional, localização geográfica do setor de saúde ocupacional, apoio das chefias e participação dos trabalhadores. Os obstáculos foram: equipe multiprofissional incompleta, dificuldades de inserção e aceitação do trabalhador e do empregador em regime de retorno parcial, resistência do trabalhador ao retorno gradual, ausência de planejamento de aumento crescente das atribuições, ausência de intervenções nos riscos ocupacionais, metas de produtividade e atuação do INSS. **Conclusões:** O PROSORT representa uma proposta parcialmente bem sucedida na adoção de uma perspectiva biopsicossocial e abrangente, baseando-se em equipe multiprofissional, envolvendo os vários atores internos e propondo o trabalho modificado. Restam desafios a vencer e obstáculos a superar, dada a complexidade do processo de RT. **Palavras-chave:** reabilitação vocacional; prevenção terciária; serviços de saúde; saúde do trabalhador, pessoa com deficiência.

Recebido: 27/7/2010 – Aceito: 30/8/2010

<sup>1</sup>Médica do Trabalho do SESMT Corporativo do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP).

<sup>2</sup>Psicóloga; Especialista em Ergonomia dos Sistemas de Produção pela Escola Politécnica da USP; Mestre e Doutora em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica (PUC) de São Paulo; psicóloga do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador da Lapa, Prefeitura do Município de São Paulo; Professora do Curso de Especialização em Medicina do Trabalho da Faculdade de Medicina da USP.

<sup>3</sup>Médico do Trabalho e Diretor de Serviço de Saúde - SESMT Corporativo - Hospital das Clínicas-FMUSP; Livre-docente em Clínica Homeopática pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio).

<sup>4</sup>Médica especialista em Medicina do Trabalho; Doutora em Medicina Preventiva; Docente do Departamento de Medicina Legal, Ética Médica e Medicina Social e do Trabalho da Faculdade de Medicina da USP (LIM-40); Professora Titular da Disciplina de Saúde Ocupacional da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC).

<sup>5</sup>Fisioterapeuta pela PUC de Salvador; Doutora pela Escola Politécnica de Montreal; Mestre pela Universidade de Nova York; Pós-doutora pela Dalla Lana School of Public Health da Universidade de Toronto.

Endereço para correspondência: Glacy Sabra Vieira – Rua Fradique Coutinho, 294, apto 92B – Pinheiros – CEP 05416-000 – São Paulo, SP – E-mail: glacy.sabra@hotmail.com

## ABSTRACT

**Background:** The inability to work constitutes a Public Health problem that causes disorders to the workers in return to work (RTW) after sick leave. The Occupational Health and Return to Work Program (PROSORT, acronym in Portuguese) in the hospital resulted from the need to promote the reintegration of the worker in a biopsychosocial context, taking into account his/her health complaint and the context of disability, as well as the permission from Social Security to RTW. **Objective:** To analyse the results of the PROSORT in a cardiologic hospital in São Paulo, Brazil, indicating the facilitators and obstacles. **Methods:** Case study held between May 2007 and January 2009, involving 71 of the 135 employees in sick leave with work disability; it was constituted of a qualitative synthesis of an intervention of RTW and descriptive analysis of the data. **Results:** The program is composed of five phases: occupational disease work history and social and economic evaluation; preparation of RTW; trainee phase and evaluation of this phase; success evaluation. The population was constituted by 62 women (87.3%) and 9 men (12.7%). The absence period was superior to 101 days for 64.7% of the employees. The most frequent diseases were musculoskeletal and mental diseases. Depression was the most frequent diagnosis (22.4%). Ergonomic and psychosocial risks predominated. The program was considered successful or partially successful in 81.3% of the cases. Facilitators included: top management support, multi-professional team, location of the occupational health sector, support from supervisors and workers' participation. The obstacles were: incomplete multi-professional team, difficulties in the integration of the employee and the employer under modified work, employee's resistance to gradual increase in tasks, lack of planning of intermediate stages, lack of intervention on occupational risks, productivity aims and the performance of the National Social Security Institute. **Conclusions:** PROSORT represented a relatively successful attempt in the adoption of a biopsychosocial and wide perspective, based on multi-professional teams, involving several internal stakeholders and proposing modified work. Challenges and obstacles still remain, given the complexity of the RTW process.

**Keywords:** rehabilitation, vocational; tertiary prevention; health services; occupational health, disability.

## INTRODUÇÃO

A incapacidade para o trabalho constitui-se em um importante problema de Saúde Pública em todos os países industrializados<sup>1</sup>. Além dos altos custos para a sociedade, ela traz prejuízos ao trabalhador, podendo levar a uma deterioração de sua qualidade de vida, perda de sua identidade social e mesmo a uma exclusão permanente do trabalho<sup>2</sup>. A prevenção da incapacidade para o trabalho (*work disability prevention*) – seja ela temporária ou permanente – é, na atualidade, uma preocupação no mundo todo.

Uma revisão recente da literatura comparou os modelos de prevenção da incapacidade para o trabalho utilizados por serviços de reabilitação e concluiu que há grande necessidade de adotar práticas biopsicossociais que possam considerar os fatores individuais e ambientais que interagem e podem contribuir para o adoecimento e ausência do trabalho<sup>3</sup>. Segundo os autores deste estudo, o termo retorno ao trabalho (RT) tem sido utilizado tanto como o processo de retornar o trabalhador ao trabalho (por exemplo, retorno gra-

duado ou acomodação ao trabalho) quanto como o resultado mensurável da incapacidade, o *status* de estar ou não trabalhando.

De acordo com Gravina e Rocha<sup>4</sup>, o RT é uma das ações da reabilitação profissional que, no Brasil, está assegurada por meio da Constituição Federal. O Ministério da Previdência e Assistência Social administra a reabilitação por meio do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), tratando-se de um serviço que tem como objetivo “proporcionar aos segurados e dependentes incapacitados (parcial ou totalmente) os meios indicados para a (re) educação e (re) adaptação profissional e social, de modo que possam voltar a participar do mercado de trabalho”<sup>5</sup>.

Este estudo explorou, mais especificamente, os aspectos relacionados ao RT de um grupo de funcionários de um hospital em São Paulo, considerado de grande porte e caracterizando-se como público, universitário, de alta complexidade, especializado em Cardiologia e Cirurgia Cardíaca e Torácica. O hospital conta com cerca de 2.800 funcionários, a maior parte com víncu-

lo trabalhista com o Governo do Estado de São Paulo. Atualmente, a Unidade de Saúde e Segurança (USS) do Serviço de Gestão do Ecosistema Hospitalar do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, criada em abril de 2004, passou a responsabilizar-se pelas ações de promoção e proteção da saúde de todo o conjunto dos trabalhadores.

A decisão de criar um programa de RT surgiu da constatação de que um número expressivo de funcionários que retornava ao trabalho após alta do INSS, sem readaptação profissional, apresentava incapacidade para o trabalho. Era necessário, portanto, decidir qual o procedimento a adotar em cada caso, em conjunto com os atores sociais envolvidos.

Desde maio de 2007, a equipe da USS desenvolve o Programa de Saúde Ocupacional de Retorno ao Trabalho (PROSORT). Trata-se de um programa terapêutico interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial, coordenado por um médico do trabalho. A equipe é composta, além do coordenador, por enfermeira do trabalho, assistente social, engenheiro do trabalho e técnicos de segurança do trabalho. Seu desenho baseou-se nas funções básicas da reabilitação profissional determinadas pelo Decreto nº 2172/97 e pela Resolução/INSS/PR nº 424/97: avaliação da capacidade laborativa residual; orientação e acompanhamento da programação profissional; articulação com a comunidade para reingresso no mercado; acompanhamento e pesquisa de fixação no mercado.

Este estudo visou analisar os resultados do PROSORT, tendo como foco a identificação dos fatores de sucesso e os obstáculos encontrados na sua implantação, sob uma perspectiva administrativa.

## MÉTODOS

Tratou-se de um estudo de caso retrospectivo, realizado em um hospital cardiológico localizado na cidade de São Paulo, composto de uma síntese qualitativa de uma intervenção de RT e análise estatística descritiva dos dados.

### População

No período de maio de 2007 a janeiro de 2009, foram afastados 135 trabalhadores do total de 2.800 em atividade. Foram estudados 71 trabalhadores (53%)

dos afastados que retornaram ao trabalho no período, apresentando alguma incapacidade ao trabalho. Os casos podiam ter três origens diferentes:

- 1- funcionários que vinham apresentando afastamentos repetidos pelo mesmo motivo (CID X), identificados por meio de auditoria interna de licenças;
- 2- trabalhadores que receberam alta da Previdência Social;
- 3- empregados com sinais de incapacidade para o trabalho, identificados em consultas clínicas, psicológicas ou médico-ocupacionais.

## Instrumentos e procedimentos

Os dados foram coletados dos prontuários dos 71 funcionários atendidos no período. Cada prontuário continha as anotações dos profissionais envolvidos no programa (por exemplo, exame médico-ocupacional, estudo socioeconômico etc.), resultados de exames complementares e do exame físico, relatórios de especialistas, informações levantadas em impresso e entrevistas com a chefia do trabalhador, decisões e encaminhamentos do coordenador do programa, entre outros. Esses dados foram analisados utilizando-se estatísticas descritivas.

## Levantamento dos fatores facilitadores e obstáculos ao programa

Esse levantamento ocorreu por meio da análise crítica do coordenador do programa, baseada em observações durante o processo, dados colhidos nas entrevistas com funcionários e chefias e depoimentos informais dos vários atores envolvidos.

## Análise de dados

Os resultados compreendem uma breve descrição do programa, a análise descritiva dos dados sociodemográficos e ocupacionais dos participantes do PROSORT, o perfil de morbidade e de riscos, a avaliação de sucesso e a descrição dos fatores facilitadores e dos obstáculos ao sucesso do mesmo.

## RESULTADOS

O PROSORT é composto de cinco etapas:

- 1- pesquisa médico-ocupacional feita pelo médico do trabalho, constando da avaliação médico-ocu-

pacional, da pesquisa de restrições e da determinação de riscos de acordo com a legislação, além de avaliação socioeconômica do funcionário feita pela assistente social, constando de entrevista com o funcionário, descrevendo as condições de vida relativas à situação socioeconômica, familiar e de trabalho;

- 2- preparação de retorno ao trabalho envolvendo contato com a chefia imediata, por telefone ou pessoalmente, para definir o retorno parcial ao trabalho. Caso não seja possível absorver o funcionário na mesma área ou função (mesmo que com tarefas mais leves ou com acompanhamento), o departamento de recursos humanos é contatado na tentativa de mudá-lo de área ou de função;
- 3- no período de estágio, com duração de três meses (período determinado aleatoriamente), o funcionário trabalhava seguindo as orientações médico-ocupacionais e com as restrições impostas;
- 4- avaliação do período de estágio pela chefia e funcionário;
- 5- avaliação de sucesso com base nas avaliações da chefia e do funcionário, de acordo com os seguintes critérios: a) sucesso: se houvesse satisfação de ambas as partes (chefia e funcionário); b) sucesso parcial: se houvesse satisfação de uma das partes, ou chefia ou funcionário; c) insucesso: se não houvesse satisfação de nenhuma das partes. Após um período entre 6 meses e 1 ano, os casos são reavaliados em consulta médica.

### Dados sociodemográficos

Dos 71 funcionários que participaram do programa, predominou o sexo feminino. Em relação à distribuição por faixa etária, observou-se que 88,7% dos funcionários tinham acima de 30 anos (Tabela 1).

O setor que apresentou o maior número de funcionários foi o Serviço de Nutrição e Dietética, seguido da Rouparia e das UTIs. Outros setores incluem, cada um com um caso: Holter, Laboratório de Análises Clínicas, Odontologia, Água Branca, Superintendência, Fisioterapia, Enfermaria 7º andar, Enfermaria 6º andar, Coordenação de Enfermagem, Transplante de Medula Óssea, Hemodinâmica, Banco de Sangue, Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia, Centro de

Formação e Aperfeiçoamento em Ciências da Saúde, Hospital Auxiliar (Tabela 1).

Em relação à função, a que apresentou maior número de casos foi auxiliar de enfermagem, seguida dos atendentes de nutrição e dos auxiliares de serviço (Tabela 1). Outras funções incluem, cada uma com um caso: cozinheira, auxiliar de câmara escura, marceneiro, escriturário, digitador, técnico em métodos gráficos, assistente de direção, contínuo, técnico de laboratório, eletricitista, dentista, montador, assistente de planejamento, fisioterapeuta, agente operacional e um caso não discriminado. Em relação ao padrão da função, observou-se que 56% eram provenientes de funções administrativas e de apoio (Tabela 1).

Em relação ao tipo de vínculo empregatício desses funcionários, observou-se 71,8% deles com vínculo estatal (Tabela 1).

### Perfil de risco e de morbidade

Em relação ao período de afastamento em auxílio-doença pela Previdência Social, observou-se o predomínio de afastados acima de 101 dias (Tabela 2). Os períodos foram registrados desde o início dos 15 dias concedidos pela empresa até o término da concessão do auxílio-doença pela Previdência Social.

Os riscos mais frequentes foram os relacionados a aspectos ergonômicos e psicossociais (Tabela 2). Vale ressaltar que o número maior de riscos do que o da população se deve ao fato de alguns casos terem mais de um risco.

Quanto às doenças, os casos mais frequentes eram referentes às doenças osteomusculares, seguidas das psiquiátricas. Em conjunto, representam 84,2% dos casos. Outros englobam doenças dermatológicas, ginecológicas, infecciosas, oftalmológicas e neurológicas. Vale lembrar que também houve casos com mais de um diagnóstico nosológico (Tabela 2).

A doença mais frequentemente diagnosticada foi a depressão, seguida da tendinite do supraespinhoso e da ansiedade. Outros representam 36 diagnósticos, cada um com um caso: acidente vascular cerebral isquêmico, trombofilia, osteoartrose de ombro, ruptura do tendão do músculo supraespinhoso, alcoolismo, artrite reumatoide, tontura, falha de memória, estres-

**Tabela 1** – Características dos trabalhadores que participaram do Programa de Saúde Ocupacional de Retorno ao Trabalho

| <b>Faixa etária (n = 71)</b>       | <b>nº de casos</b> | <b>%</b> |
|------------------------------------|--------------------|----------|
| 20 a 29                            | 8                  | 11,2     |
| 30 a 39                            | 20                 | 28,2     |
| 40 a 49                            | 25                 | 35,2     |
| 50 a 59                            | 18                 | 25,3     |
| <b>Sector (n = 71)</b>             | <b>nº de casos</b> | <b>%</b> |
| Serviço nutrição e dietética       | 16                 | 22,5     |
| Rouparia                           | 8                  | 11,3     |
| Unidades de Terapia Intensiva      | 5                  | 7        |
| Enfermaria - (8º andar)            | 4                  | 5,6      |
| Divisão de diagnóstico por imagem  | 4                  | 5,6      |
| Centro cirúrgico                   | 3                  | 4,2      |
| Emergência                         | 3                  | 4,2      |
| Call center                        | 3                  | 4,2      |
| Recuperação                        | 2                  | 2,8      |
| Centro de material esterilizado    | 2                  | 2,8      |
| Unidade coronariana                | 2                  | 2,8      |
| Ambulatório                        | 2                  | 2,8      |
| Unidade de engenharia e manutenção | 2                  | 2,8      |
| Outros                             | 15                 | 21       |
| <b>Função/Atividade (n = 71)</b>   | <b>nº de casos</b> | <b>%</b> |
| Auxiliar de enfermagem             | 20                 | 28,2     |
| Atendente de nutrição              | 12                 | 16,9     |
| Auxiliar de serviços               | 7                  | 9,8      |
| Técnico de enfermagem              | 4                  | 5,6      |
| Operador de telemarketing          | 3                  | 4,2      |
| Auxiliar administrativo            | 3                  | 4,2      |
| Roupeiro                           | 2                  | 2,8      |
| Servente                           | 2                  | 2,8      |
| Enfermeiro                         | 2                  | 2,8      |
| Outros                             | 16                 | 22,5     |
| <b>Padrão de função (n = 71)</b>   | <b>nº de casos</b> | <b>%</b> |
| Administrativa e apoio             | 40                 | 56,3     |
| Assistência à saúde                | 30                 | 42,2     |
| Não discriminada                   | 1                  | 1,4      |
| <b>Vínculo (n = 71)</b>            | <b>nº de casos</b> | <b>%</b> |
| Estatual                           | 51                 | 71,8     |
| Privado                            | 20                 | 28,2     |
| <b>Risco (n = 79)</b>              | <b>nº de casos</b> | <b>%</b> |
| Ergonômico                         | 36                 | 45,6     |
| Psicossocial                       | 33                 | 41,8     |
| Físico                             | 4                  | 5        |
| Químico                            | 3                  | 3,8      |
| Biológico                          | 2                  | 2,5      |
| Sem risco                          | 1                  | 1,3      |

se, tendinite do pé, surdez, linfoma não-Hodgkin, Raynaud, perda auditiva, tendinite de Quervain, paroníquia, doença inflamatória pélvica com gravidez ectópica, epicondilite lateral, tendinite do grupo extensor dos dedos, tendinite dos flexores do dedo, monilíase do trato gastrointestinal, distímia, fratura do terço distal do rádio, conjuntivite, fratura do dedo da mão, demência, psicose, entesopatia, osteoartrose de joelho, síndrome do impacto ulnar, osteonecrose de punho, fascíte plantar, estorpe de tornozelo com lesão ligamentar, fibromialgia e condropatia de joelho (Tabela 2).

**Tabela 2** – Perfil de morbidade e riscos dos participantes do Programa de Saúde Ocupacional de Retorno ao Trabalho

| <b>Período de afastamento em dias (n = 71)</b> | <b>nº de casos</b> | <b>%</b> |
|--|--------------------|----------|
| Sem afastamento                                | 12                 | 16,9     |
| Menor ou igual a 100                           | 13                 | 18,3     |
| Entre 101 e 300                                | 22                 | 31       |
| Entre 301 e 600                                | 9                  | 12,7     |
| Entre 601 e 900                                | 5                  | 7        |
| Entre 901 e 1.200                              | 4                  | 5,6      |
| Acima de 1.201                                 | 6                  | 8,4      |
| <b>Tipo de Patologia (n = 102)</b>             | <b>nº de casos</b> | <b>%</b> |
| Osteomuscular                                  | 50                 | 49       |
| Mental   | 36                 | 35,2     |
| Otorrinolaringológica                          | 3                  | 2,9      |
| Hematológica                                   | 3                  | 2,9      |
| Endocrinológica                                | 3                  | 2,9      |
| Respiratória                                   | 2                  | 2        |
| Outros   | 5                  | 5        |
| <b>Doenças (n = 102)</b>                       | <b>nº de casos</b> | <b>%</b> |
| Depressão                                      | 23                 | 22,4     |
| Tendinite do supraespinhoso                    | 6                  | 5,9      |
| Ansiedade                                      | 5                  | 4,9      |
| Bursite de ombro                               | 4                  | 3,9      |
| Osteoartrose                                   | 4                  | 3,9      |
| Hérnia de disco cervical                       | 3                  | 2,9      |
| Cervicalgia                                    | 3                  | 2,9      |
| Síndrome do túnel do carpo                     | 3                  | 2,9      |
| Obesidade                                      | 3                  | 2,9      |
| Tendinite do bíceps braquial                   | 2                  | 1,9      |
| Cervicobraquialgia                             | 2                  | 1,9      |
| Hérnia de disco lombar                         | 2                  | 1,9      |
| Lombalgia                                      | 2                  | 1,9      |
| Síndrome do pânico                             | 2                  | 1,9      |
| Asma   | 2                  | 1,9      |
| Outros   | 36                 | 35,2     |

### Avaliação de sucesso do Programa de Saúde Ocupacional de Retorno ao Trabalho

Dos 71 trabalhadores, 7 foram indicados pela Previdência Social para readaptação profissional; 9 foram novamente afastados e encaminhados para a Previdência Social durante o período de estágio e 6 foram demitidos. Desta forma, permaneceram até o final do estágio 49 casos. Destes, 32 possuíam avaliação completa, dos quais 12 casos foram considerados bem sucedidos (37,5%); 14 (43,8%) foram considerados como sucesso parcial e os 6 restantes (18,8%) foram considerados como insucesso (Tabela 3).

### Facilitadores do sucesso do programa

- apoio gerencial: durante o processo de execução do programa, houve um importante apoio do diretor da USS, participando diretamente das atividades, dialogando com os demais setores da Instituição e esclarecendo as ações estabelecidas. A direção do hospital permitiu essa iniciativa da área de Saúde Ocupacional, colaborando para que esta se desenvolvesse;
- equipe multiprofissional: possibilitou uma abordagem multidisciplinar do RT, contemplando tanto as necessidades do trabalhador quanto as do hospital;
- localização geográfica do setor de Saúde Ocupacional: outro fator importante que colaborou para a realização do programa foi o fato de o setor estar fisicamente localizado dentro da Instituição, o que, pela proximidade, favorecia os funcionários e chefias para procurarem os profissionais envolvidos no programa e facilitava o contato da médica do trabalho com as chefias e os funcionários;
- colaboração das chefias imediatas: estas mostraram-se colaborativas na avaliação e acompanhamento do desempenho do funcionário no RT. Essa colaboração foi aumentando gradativamente

à medida que estabeleceram contato com a médica do trabalho e foram sensibilizadas para a importância de tal participação por meio de reuniões e de momentos de discussão acerca das dúvidas e angústias das chefias em lidar com funcionários em condições incomuns de trabalho;

- participação dos trabalhadores: estes também se mostraram colaborativos, expondo sua situação, temores, desejos e angústias, propondo-se a participar do programa de reabilitação de sua saúde.

### Obstáculos ao sucesso do Programa de Saúde Ocupacional de Retorno ao Trabalho

Mesmo contando com todos esses apoios, muitos obstáculos foram percebidos à medida que foram realizadas as ações:

- equipe multiprofissional incompleta: a ausência de determinados especialistas – como ortopedista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psiquiatra e psicólogo durante a avaliação de incapacidade clínica e funcional e de um ergonomista para uma melhor avaliação do ambiente de trabalho – tornou menos precisa a determinação de restrições, dos riscos e das melhorias do ambiente de trabalho. Era necessária também uma avaliação psicológica mais consistente, abordando as questões subjetivas do universo pessoal e ocupacional – informações fundamentais para o entendimento dos fatores do trabalho e da vida pessoal e das representações que exercem pressão sobre o funcionário, importantes para o retorno ao trabalho;
- dificuldades de inserção e aceitação do trabalhador e do empregador em regime de retorno parcial ao trabalho: quando o funcionário retornava ao trabalho, era difícil para a chefia contemplar a restrição do mesmo, pois o funcionário com restrição não era capaz de exercer todas as tarefas. Isso gerava conflitos com os demais colegas e transtornos na distribuição de tarefas por parte da chefia, que encontrava dificuldades de lidar com a equipe e com a demanda de trabalho. Frequentemente, a chefia não o queria na área;
- resistência do trabalhador ao retorno gradual ao trabalho: o funcionário que voltava com restrição apresentava resistência em voltar a realizar as tarefas gradualmente até o retorno pleno. A maioria de-

**Tabela 3** - Número e porcentagem dos casos pelo critério de sucesso

| <b>Critério de sucesso</b> | <b>nº de casos</b> | <b>%</b> |
|----------------------------|--------------------|----------|
| Sucesso                    | 12                 | 37,5     |
| Sucesso parcial            | 14                 | 43,8     |
| Insucesso                  | 6                  | 18,8     |
| Total                      | 32                 | 100      |

monstrava querer continuar a exercer parcialmente suas tarefas, trabalhando menos. Os trabalhadores apresentavam representações de que o exercício pleno de suas atividades poderia agravar o seu quadro, levando a uma deficiência definitiva. Em muitos casos, os laudos de especialistas ratificavam a posição do funcionário. Nesses casos, a ausência de alguns especialistas na equipe para auxiliar na avaliação da incapacidade agravava o problema;

- ausência de planejamento de aumento crescente de atribuições no programa: o PROSORT não previa etapas intermediárias, em que as atribuições fossem gradativamente assumidas pelo trabalhador após o estágio. Essa falha do programa pode ter contribuído para a resistência da chefia e dos trabalhadores;
- ausência de intervenções nos riscos ocupacionais;
- metas de produtividade: outra dificuldade foi a impossibilidade prática de manter os funcionários restritos como supranumerários dentro do hospital, fora da escala de trabalho para evitar os transtornos acima descritos. Ou seja, a demanda de trabalho permanecia a mesma, mas o trabalhador produzia menos e não era possível aumentar o quadro de funcionários do setor;
- a atuação da Previdência Social: mesmo diante de funcionários com incapacidade para o trabalho, a Previdência Social encaminhava-os para retornar ao trabalho sem readaptação ou reabilitação profissional. Se o hospital não acolhesse o funcionário, este ficaria sem remuneração do hospital e da Previdência. Devido à omissão desta diante dos trabalhadores incapacitados, todo o ônus da reabilitação recaía sobre o hospital. Os critérios de alta da Previdência não foram claros; as altas programadas não se relacionavam à incapacidade do trabalhador e sim ao tempo de afastamento.

## DISCUSSÃO

### O programa propriamente dito

As etapas do PROSORT foram: pesquisa médico-ocupacional e avaliação socioeconômica do funcionário; preparação de RT; período de estágio; avaliação do período de estágio; avaliação de sucesso. Essas etapas são semelhantes às descritas por Ammendolia *et al.*<sup>6</sup>, com a diferença que os autores numa etapa preliminar levanta-

ram as barreiras percebidas pelos vários atores, enquanto no PROSORT o foco inicial foi o diagnóstico médico-ocupacional e determinação das restrições e dos fatores de risco presentes no local de trabalho. Os autores envolveram também representantes do sistema de saúde e do sistema de seguridade, ao passo que o PROSORT restringiu-se aos atores internos à empresa. A forma de intervenção relatada pelos autores foi mais participativa do que o PROSORT. Assim, o programa constitui-se principalmente numa forma de gerenciamento de caso, com o trabalhador e supervisor. O PROSORT também se assemelha ao programa descrito por Gravina e Rocha<sup>4</sup>, voltado aos atores internos à empresa e composto por três fases: triagem, atenção à saúde e potencialização laborativa.

Shaw *et al.*<sup>7</sup> identificaram quatro categorias principais de intervenções enfocadas no local de trabalho: física (simulação de trabalho), psicológica (educação e aconselhamento), organizacional (apoio do empregador e comunicação) e ergonômica (modificação temporária do trabalho). O PROSORT deu maior ênfase às intervenções organizacionais e ergonômicas.

### Dados sociodemográficos e ocupacionais

Em relação à idade, houve predomínio de trabalhadores acima de 30 anos, o que indica, por um lado, que a população que se afastou para a Previdência Social era mais velha e tinha mais tempo de trabalho, apresentando o desgaste natural decorrente da idade e, por outro lado, que o trabalho não se adaptava a essas mudanças orgânicas, o que facilitava o surgimento de doenças e dificultava o RT.

Em relação ao tipo de vínculo empregatício, tanto aqueles que participaram do programa quanto aqueles que estavam afastados possuíam vínculo estatal, em sua maioria, o que confere maior estabilidade no emprego e menor vulnerabilidade para demissão.

O período de afastamento foi superior a 101 dias para a maior parte dos funcionários. Isso contraria as recomendações consensuais da literatura internacional, que preconizam o retorno precoce ao trabalho. Já se sabe que quanto mais tempo o trabalhador se encontra incapacitado para o trabalho, maior a probabilidade de que ele não retorne às atividades, tanto por razões pessoais quanto por fatores relativos ao trabalho<sup>8</sup>.

## Perfil de morbidade e riscos

As patologias mais frequentemente encontradas foram as osteomusculares, o que coincide com os dados de benefícios concedidos pelo INSS. Em 2002, os afastamentos pelo INSS apontaram as lesões e envenenamentos, as doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo, as circulatórias e as mentais e do comportamento como os quatro maiores grupos de causas de benefícios concedidos a trabalhadores segurados no Brasil. No país, a segunda maior causa de morbidade na população economicamente ativa são as lesões por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT)<sup>9</sup>. Os transtornos mentais ocupam a terceira posição entre as causas de concessão de benefícios previdenciários.

Em relação às doenças osteomusculares, as mais frequentemente encontradas em levantamento realizado na Previdência Social de Porto Alegre, em 1998<sup>10</sup>, foram a sinovite e tenossinovite, seguidas da lombalgia. Nesse programa, as doenças osteomusculares mais encontradas foram aquelas que acometeram a cintura escapular, sendo as mais frequentes a tendinite do supraespinhoso e a bursite de ombro, diferentemente dos levantamentos feitos pelo INSS, em que há o predomínio da lombalgia. Convém lembrar que o levantamento do INSS de Porto Alegre não contabilizou os casos provenientes de auxílio-acidente, ao passo que no PROSORT não houve distinção a esse respeito.

A depressão foi o diagnóstico nosológico mais frequentemente encontrado nos participantes do programa, assim como no levantamento de auxílio-doença de Porto Alegre. Esse perfil vem se mantendo desde 1986 na Previdência Social. Barbosa-Branco *et al.*<sup>11</sup> estudaram os anos de trabalho potencialmente perdidos pela população trabalhadora segurada pelo INSS no período de 2003-2004. Em 2004 foram concedidos 103.393 benefícios do tipo auxílio-doença para doenças mentais, dos quais 99,4% referem-se a auxílio previdenciário, ou seja, sem reconhecimento da relação trabalho-doença. As doenças mentais responderam por 9,8% do total de benefícios de auxílio-doença em 2004. Entre as doenças mentais específicas mais comuns, a depressão fica em primeiro lugar, com 53.269 benefícios concedidos.

Neste estudo predominaram os riscos associados a aspectos ergonômicos e psicossociais do trabalho, o que

está em concordância com os diagnósticos mais encontrados entre os participantes do programa.

## Crítérios de sucesso

Neste programa o critério de sucesso adotado foi: a satisfação do funcionário e da chefia. Em 81,3% dos casos houve sucesso ou sucesso parcial. O critério de satisfação das partes foi também utilizado por Ammendolia *et al.*<sup>6</sup> Além disso, os autores pediam que os envolvidos avaliassem se o que havia sido combinado entre todos foi implantado completamente, parcialmente ou não foi implantado.

## Facilitadores e obstáculos na execução do Programa de Saúde Ocupacional de Retorno ao Trabalho do ponto de vista administrativo

É de consenso na literatura internacional que a incapacidade para o trabalho é um problema desafiador que exige a mudança de uma perspectiva médica e fragmentada (modelo biomédico), na qual o foco está em curar a doença e melhorar as capacidades do trabalhador, para uma perspectiva mais global centrada no paradigma da deficiência, em que fatores psicossociais, socioeconômicos e, mais recentemente, intervenções no local de trabalho e intervenção precoce são levados em conta<sup>12</sup>. De fato, estudos epidemiológicos mostraram que a maior parte da incapacidade era explicada por determinantes não relacionados ao transtorno de saúde original<sup>8</sup> e sim relacionados a fatores psicossociais e ambientais, tais como medos da condição de saúde, dificuldades encontradas no local de trabalho ou falha dos atores envolvidos em terem uma atitude em comum quanto ao gerenciamento do episódio de incapacidade<sup>13</sup>.

O paradigma da deficiência indica que o retorno ao trabalho depende de uma complexa interação de fatores biológicos (capacidade física, condição de saúde, experiência de dor), psicológicos (medo, estresse), e sociais (ambiente de trabalho e família)<sup>8</sup>. As evidências indicam também que a incapacidade resulta do interjogo entre várias partes (empregador, sistema de seguridade, sistema de saúde) que interagem com o paciente/trabalhador durante o processo<sup>12,13</sup>. O foco muda da cura da doença para a prevenção da incapacidade.

Há consenso também quanto à necessidade de se levantarem os facilitadores e obstáculos em relação a cada uma das partes. Isso, de preferência, deve ser feito antes

do desenho e implantação do programa. Neste estudo, foi feito *a posteriori*, como forma de avaliar e melhorar o programa.

O principal fator facilitador do PROSORT foi a motivação dos atores diretamente envolvidos no local de trabalho (gerência do SESMT, coordenação do programa, chefias e trabalhadores) em relação ao sucesso do programa.

A maioria das pesquisas mostra que agir apenas na doença não causa impacto positivo no RT, mas deve haver mudança no local de trabalho<sup>14-16</sup>. No PROSORT, exceto pelo trabalho modificado, não ocorreram tais mudanças.

A Previdência Social não foi incluída como parceira no PROSORT. A atuação da Previdência Social durante o período estudado de encaminhar os trabalhadores para RT sem avaliação de incapacidade e sem readaptação profissional para área ou função adequada ao estado de saúde do trabalhador, cessando o benefício previdenciário, foi um importante obstáculo ao retorno saudável ao trabalho. Para Takahashi<sup>17</sup>, de forma geral, os trabalhadores acometidos por doenças ocupacionais têm sido desassistidos pelo modelo de reabilitação vigente e, no momento, o papel do INSS tem sido muito orientado a avaliar a existência da incapacidade laboral sem oferecer serviços para a restauração desta. Segundo Shaw *et al.*<sup>7</sup>, embora o objetivo da seguradora seja o RT de trabalhadores lesionados para acabar com a compensação, este processo pode ter consequências antiterapêuticas.

Outro obstáculo a essas mudanças foi o fato de tratar-se de um hospital público, onde tanto o ingresso quanto as movimentações de pessoal ocorrem por meio de concurso público, o que enrijece o sistema de cargos e salários. Desta forma, não se consegue realocar o funcionário facilmente, nem contratar mais funcionários para que as metas de produção sejam cumpridas e o funcionário possa continuar como supranumerário na área de trabalho, realizando menos tarefas ou tarefas mais leves, sem gerar conflitos com colegas ou com a chefia.

Além do mais, se a causa de incapacidade para o trabalho está associada com o local de trabalho, então, um retorno para um local de trabalho que não mudou (com ou sem um tratamento apropriado para a doença) pode estar condenado ao fracasso, levando a recorrências longas<sup>15,16</sup>. No PROSORT não foram realizadas mudanças

no local de trabalho propriamente dito. Uma das razões foi a equipe multidisciplinar incompleta.

Os resultados de Dionne *et al.*<sup>18</sup> apoiam a importância do interesse pelas representações que os trabalhadores fazem de sua enfermidade e de seu processo de cura. Os autores observam que as crenças e os temores relativos ao trabalho contam entre os principais determinantes para o não retorno ao trabalho. A eficácia pessoal vinculada ao RT, ou seja, a crença de que uma pessoa é capaz de efetuar com êxito sua volta ao trabalho conta também entre os principais determinantes do RT nas lombalgias<sup>19</sup>. Esses elementos distintos fazem parte das representações dos trabalhadores sobre a sua situação e o processo que se seguirá (doença, dor, cura). Waddell<sup>20</sup> enfatizou a importância da decisão individual de retornar ao trabalho. Assim, melhor compreensão do significado (pensamentos, crenças e atitudes) que os pacientes atribuem para suas dores pode ser um passo crítico para aperfeiçoar o resultado do RT. Neste estudo observou-se que uma parte dos trabalhadores aceitava retornar ao trabalho parcialmente, mas resistia ao aumento gradativo das atribuições pelas representações sociais que tinham de que o trabalho poderia agravar a sua condição de saúde.

Por outro lado, uma parcela de trabalhadores preferira continuar afastada e recebendo auxílio previdenciário. Alguns casos voltaram para benefício previdenciário durante o período de estágio, não completando o programa preconizado, seja porque reincidiu o transtorno de saúde, seja porque desejavam retornar para benefício previdenciário ou não desejavam retornar ao trabalho. Realmente, a decisão do trabalhador de voltar ao trabalho era um determinante para o RT.

As forças deste estudo foram: o enfoque sistemático e compreensivo no desenho do programa, procurando superar o modelo biomédico; o levantamento dos facilitadores e obstáculos após a implantação do mesmo, como forma de reflexão e avaliação; a consulta e recebimento de *feedback* dos pacientes/trabalhadores e supervisores, o que contribuiu para uma percepção sobre o que funcionava ou não no RT.

As potenciais limitações do programa e do estudo incluem: não ter partido das melhores evidências científicas disponíveis; o enfoque pouco participativo; o programa ter sido desenhado dentro do cenário de um hospital acadêmico e ter usado coordenador interno ao hospital,

o que pode diminuir a possibilidade de generalização e aplicabilidade do programa.

## CONCLUSÕES

O processo de retorno de um trabalhador incapacitado ao trabalho apresenta inúmeros desafios aos empregados, empregadores, prestadores de serviços de saúde e órgãos de compensação. É essencial que todas as partes trabalhem juntas para alcançar o objetivo comum de RT seguro e sustentável. Infelizmente, nem sempre é possível envolver atores externos à organização. Alguns elementos-chave para um RT rápido e saudável foram sugeridos e evidenciados por uma série de estudos.

Para Franche *et al.*<sup>21</sup>, por exemplo, os princípios para boas práticas de RT incluem: (1) a empresa ter um forte comprometimento com a saúde e segurança dos trabalhadores, demonstrado por meio de comportamentos objetivos; (2) o empregador fazer uma oferta de trabalho modificado ao trabalhador para que ele possa retornar precocemente e com segurança a um trabalho de acordo com as suas habilidades; (3) o coordenador assegurar-se de que o plano apoia o trabalhador que retorna sem prejudicar colegas e supervisor; (4) o treinamento dos supervisores em prevenção de incapacidade no trabalho estar incluído no programa de RT; (5) o empregador fazer um contato precoce com os trabalhadores lesionados; (6) alguém ter a responsabilidade de coordenar o RT; (7) empregadores e cuidadores comunicarem-se uns com os outros sobre a demanda do local de trabalho conforme necessário e com o consentimento do trabalhador. No PROSORT, os itens 2, 3 e 6 foram seguidos totalmente e o 1, em parte.

Porém, segundo Loisel *et al.*<sup>14</sup>, a implementação de evidências é um grande desafio, porque as recomendações para o RT são frequentemente imprecisas e ainda não são práticas para uso imediato – existem vários obstáculos e muitos atores estão envolvidos. Há ainda a necessidade de se adaptarem os modelos internacionais bem sucedidos à realidade regional.

Para Takahashi<sup>17</sup>, a reabilitação profissional realizada por equipes multiprofissionais e articulada com ações profissionalizantes e de intervenção no ambiente de trabalho pode ser uma via importante de superação do modelo vigente na sociedade e no sistema previdenciário. O PROSORT, embora em estágio inicial, tem caminhado nessa direção.

## REFERÊNCIAS

1. Dorman P. The economics of safety, health, and well-being at work: an overview. Focus Program on Safe Work. Geneva: International Labour Organisation; 2000.
2. van Oostrom SH, Driessen MT, de VET HCW, Franche RL, Schonstein E, Loisel P, et al. Workplace interventions for preventing work disability (review). The Cochrane Library, Issue 2. Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Ltd; 2009.
3. Schultz IZ, Stowell AW, Feuerstein M, Gatchel RJ. Models of return to work for musculoskeletal disorders. J Occup Rehabil. 2007;17(2):327-52.
4. Gravina MER, Rocha LE. Lesões por Esforços Repetitivos em bancários: reflexões sobre o retorno ao trabalho. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho. 2006;9(2):41-55.
5. Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) [internet]. Sobre a Previdência Social. 2003. Disponível em: <http://www.previdenciasocial.gov.br>
6. Ammendolia C, Cassidy D, Steensta I, Soklaridis S, Boyle E, Eng S, et al. Designing a workplace return-to-work program for occupational low back pain: an intervention mapping approach. BMC Musculoskelet Disord. 2009;10:65.
7. Shaw WS, van der Windt DA, Main CJ, Loisel P, Linton SJ; “Decade of the Flags” Working Group. Early patient screening and intervention to address individual-level occupational factors (“blue flags”) in back disability. J Occup Rehabil. 2009;19(1):64-80.
8. Waddell G, Burton AK, Main CJ. Screening to identify people at risk of long-term incapacity for work: a conceptual and scientific review. London UK: Royal Society of Medicine Press; 2003.
9. Ministério do Trabalho e Emprego [internet]. Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador. 2004 [citado]. Disponível em: [http://www.mte.gov.br/seg\\_sau/default.asp](http://www.mte.gov.br/seg_sau/default.asp)
10. Boff BM, Leite DF, Azambuja MIR. Morbidade subjacente à concessão de benefício por incapacidade temporária para o trabalho. Rev Saúde Pública. 2002;36(3):337-42.
11. Barbosa-Branco A, Oliveira PRA, Mateus M. Epidemiologia da incapacidade para o trabalho por doença mental no Brasil. In: 11º Congresso Mundial de Saúde Pública/8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; 2006; Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
12. Loisel P, Durand MJ, Berthelette D, Vezina N, Baril R, Gagnon D, et al. Disability prevention: The new paradigm of management of occupational back pain. Disease Management & Health Outcomes. 2001;9(7):351-60.
13. Frank J, Sinclair S, Hogg-Johnson S, Shannon H, Bombardier C, Beaton D, et al. Preventing disability from work-related low-back pain. New evidence gives new hope—if we can just get all the players onside. CMAJ. 1998;158(12):1625-31.
14. Loisel P, Buchbinder R, Hazard R, Keller R, Scheel I, van Tulder M, et al. Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: the challenge of implementing evidence. J Occup Rehabil. 2005;15(4):507-24.
15. Adler DA, McLaughlin TJ, Rogers WH, Chang H, Lapitsky L, Lerner D. Job performance deficits due to depression. Am J Psychiatry. 2006;163(9):1569-76.
16. Sanderson K, Andrews G. Common mental disorders in the workforce: recent findings from descriptive and social epidemiology. Can J Psychiatry. 2006;51(2):63-75.
17. Takahashi MABC. Incapacidade e Previdência Social: trajetória de incapacitação de trabalhadores adoecidos por LER/DORT no contexto da reforma previdenciária brasileira da década de 1990 [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2006.
18. Dionne C, Bourbonnais R, Fémont P, Rossignol M, Stock S. Le pronostic occupationnel des travailleurs aux prises avec des affections vertébrales. Montréal, Canada: Institut de Recherche Robert-Sauvé en Santé et Sécurité au Travail; 2004.
19. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioural change. Psychol Rev. 1977;84:191-215.
20. Waddell G. The back pain revolution. New York: Churchill Livingstone; 2004.
21. Franche RL, Cullen K, Clarke J, Irvin E, Sinclair S, Frank J; Institute for Work & Health (IWH) Workplace-Based RTW Intervention Literature Review Research Team. Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature. J Occup Rehabil. 2005;15(4):607-31.