Tatiana de Andrade Jardim Rodriguez

**Restrição Laboral: um conceito em construção na designação e
vivência da incapacidade no trabalho**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em Ciências

Programa de Ciências da Reabilitação
Orientadora: Profa. Dra. Selma Lancman

**São Paulo
2016**

Tatiana de Andrade Jardim Rodriguez

**Restrição Laboral: um conceito em construção na designação e
vivência da incapacidade no trabalho**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em Ciências

Programa de Ciências da Reabilitação
Orientadora: Profa. Dra. Selma Lancman

São Paulo
2016

DEDICATÓRIA

Aos meus amores, Carlos e Emma...

Emma, filha, sua chegada em meio a esse processo trouxe novo significado a essa construção. Os momentos foram desafiadores, mas com muita vida, alegria e dedicação.

Carlos, amor, minha gratidão pela paciência, compreensão e cuidado à nós e nossa 'pipoquinha' nos meus momentos de ausência e cansaço extremo. Construímos uma linda trajetória de respeito e companheirismo.

Aos meus pais...

Pelo 'sempre' e pelo 'tudo'. Sempre presentes e fazendo todo o possível e impossível para me apoiar nas escolhas e caminhos da vida.

Sem vocês eu certamente não estaria concluindo mais essa etapa de desafios!

Às pessoas que entram em nossa vida por acaso, mas não é por acaso que nela permanecem...

AGRADECIMENTOS

À Equipe LIIST, todo meu apreço e admiração. Agradeço à confiança, incentivo, construção conjunta e dedicação. Queridas Selma e Juliana, se vocês não tivessem me acolhido, acreditado e permitido, não teria sido possível essa construção! Certamente existe aqui a constante construção e vivência da *cooperação*.

Às professoras Elisabete e Alessandra e doutora Mara Alice pelas valiosas contribuições no exame de qualificação. Foi um momento muito rico de troca de conhecimentos e essencial para que eu pudesse continuar minha trajetória.

À Maria Santos, em primeiro, pela amizade duradoura e divertida. Sua dedicação e carinho em meu momento ‘desespero reta final’ (risos) trouxe acalanto à alma e reconhecimento de um percurso denso em minha vida!

Aos compadres, primos, padrinhos e afilhados Mari e Rick. Pela eterna acolhida, de casa e de coração! Pelo ombro amigo, ouvido atento, abraço apertado e coração aberto. Foram muitos momentos de estudos que fizeram essa trajetória mais leve e mais possível!

Aos meus irmãos, por serem quem são e trazerem alegrias aos meus dias. Li, obrigada por estar sempre e pelo tudo que significa para mim. Te ver divertir com nossa Emminha me trazia paz e coragem para seguir em frente enquanto vocês ocupavam o vazio que eu sentia estar deixando nela.

À Fefa e Teresa, amigas, obrigada pelas conversas de corredor, de mesa de estudos, de discussão, de compartilhar a vida! Vocês são muito importantes para mim!

Às colegas terapeuta ocupacionais pela composição no dia-a-dia de trabalho que nos faz refletir sobre a vida, a construção do conhecimento e a profissão. À Marina, em especial, por sua generosidade, seu sorriso que contagia e energia que sempre nos impulsiona para frente.

À Equipe do SESMT, pela parceria e oportunidade de desenvolver esse trabalho.

Às amigas Dedê, Carol, Maria, Camila, Silvia pelas acolhidas e ombro amigo. Foram muitas conversas, risadas, incentivos e acolhidas. Amigas queridas, obrigada por estarem em minha vida!

À Família 'expandida' e amigos queridos pela paciência e compreensão de meus momentos de ausência e de chatice duradouros.

Ao doutor Edu, pelas gentilezas e disponibilidade em me socorrer com tanto carinho.

À Bere, pela dedicação na tradução para a língua inglesa e carinho nesse momento tão intenso que é encerrar uma tese.

À Valquíria, pelo cuidado e apoio na formatação desse trabalho.

Obrigada a todos que acreditaram nessa construção em momentos em que eu mesma não conseguia fazê-lo. Sem vocês esse percurso, certamente, teria outro desfecho.

Em possível retribuição, digo a todos, de coração, contem comigo.

A busca do foco...

Assim ou assim??

Esse ou esse??... E aparecem as sutilizações.

De repente, elas se tornam o foco.

Assim... isso, assim!!

Tem-se um foco!

Não atrevo-me a afirmar se o melhor ou não melhor foco.

Mas um foco; o foco possível.

O foco perceptível na sutileza;

O foco possível dessa condição;

O foco na produção de sentido;

O foco da construção do conhecimento do sujeito em foco.

As letras ganham vida; e repentinamente se embaralham novamente.

Um foco a desenvolver e a despertar novas buscas:

de novos focos;

por novos sujeitos;

sentados na cadeira do oftalmologista...

que tinha na porta a plaqueta:

Dr. Conhecimento Científico.

Entre sem bater!

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver)*.

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

Lista de Quadros

Lista de Diagramas

Lista de Siglas

Resumo

Abstract

1	INTRODUÇÃO	1
1.1	O macro contexto de inserção da restrição laboral: a permanência no trabalho	5
1.1.1	Apresentando o panorama do adoecimento no trabalho e das políticas de reabilitação profissional no âmbito da Previdência Social	6
1.1.2	Restrição laboral e a permanência no trabalho: interfaces com o contexto da reabilitação profissional e retorno ao trabalho	15
1.2	Identificando conceitos correlacionados à restrição laboral	22
1.3	Restrição Laboral: um conceito em construção.....	26
1.4	A transversalidade do trabalho no contexto da restrição laboral	28
2	JUSTIFICATIVA	43
3	OBJETIVOS	47
3.1	Objetivo geral	47
3.2	Objetivos específicos	47
4	ASPECTOS METODOLÓGICOS	49
4.1	Pressupostos teóricos do referencial metodológico adotado no estudo.....	50
4.1.1	Apontamentos sobre a pesquisa qualitativa	50
4.1.2	O Modelo Híbrido de Desenvolvimento de Conceitos	53
4.1.3	Interacionismo Simbólico: a centralidade do significado na compreensão do campo e coleta de dados.....	62

4.1.3.1	Conceitos centrais do Interacionismo Simbólico.....	65
4.2	Percurso metodológico e de análise dos dados	69
4.2.1	Fase 1 – Fase Bibliográfica.....	69
4.2.2	Fase 2 – Fase de Campo.....	72
4.2.2.1	Contextualização do campo de pesquisa.....	72
4.2.2.2	População do estudo	75
4.2.2.3	Procedimento de entrevista semi-estruturada.....	76
4.2.2.4	Análise do conteúdo das entrevistas	81
4.2.2.5	Fase 3 – Fase Analítica Final.....	84
4.3	Aspectos éticos do estudo.....	85
5	FASE 1 - FASE BIBLIOGRÁFICA	88
5.1	Análise crítica dos elementos do Conceito de Restrição Laboral.....	90
5.1.1	Definições da Restrição Laboral	95
5.1.2	Antecedentes da Restrição Laboral	96
5.1.3	Atributos da Restrição Laboral	98
5.1.4	Consequências da Restrição laboral.....	100
6	FASE 2 - FASE DE CAMPO	110
6.1	Perfil da população entrevistada e contexto de formação da equipe de médicos do trabalho que designa RL	110
6.1.1	Perfil da população entrevistada	111
6.1.2	Contextualização da formação da equipe de médicos do trabalho que designa RL	113
6.2	Resultados dos eixos estruturantes do Conceito de RL.....	117
6.2.1	Definições do Conceito de RL.....	118
6.2.2	Antecedentes	120
6.2.3	Atributos	125
6.2.4	Consequências	144
7	FASE 3 - FASE ANALÍTICA FINAL.....	156
7.1	Aspectos gerais do diálogo entre as Fases Bibliográfica e de Campo.....	157
7.1.1	Antecedentes	158
7.1.2	Atributos	159
7.1.3	Consequências	160

7.2 Reflexões teórico-empíricas: discussão dos achados da pesquisa.....	164
7.2.1 O sujeito da restrição laboral.....	165
7.2.2 Construindo a percepção da Incapacidade como determinante do conteúdo e dinamismo da RL.....	169
7.2.3 Aspectos e concepções do elemento trabalho compondo a construção da incapacidade	175
7.2.4 A definição de papéis e intersecções na construção do conteúdo da restrição laboral.....	183
7.2.5 Impactos da Vivência da RL: correlações entre o conceito vigente e a situação de trabalho	188
7.2.6 Aproximações com a temática do retorno ao trabalho no contexto internacional.....	197
7.2.7 Restrição laboral e recomendação de saúde: uma diferenciação necessária	205
7.3 Reconfigurando o Conceito de restrição laboral.....	208
7.4 Considerações Finais	210
8 CONCLUSÃO.....	214
9 ANEXOS	220
10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	232

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Tipo de Incapacidade por Ano referida no Anuário Estatístico da Previdência Social, 2011.....	9
Quadro 2 - Questões norteadoras da compreensão do conceito de RL na Fase Bibliográfica.....	71
Quadro 3 - Critérios de inclusão da população geral do estudo.....	75
Quadro 4 - Questões norteadoras da compreensão do conceito de RL na Fase de Campo.....	83
Quadro 5 - Elementos dos <i>Antecedentes</i> , <i>Atributos</i> e <i>Consequências</i> encontrados nas produções bibliográficas utilizadas na Fase1 - Fase Bibliográfica.....	104
Quadro 6 - Perfil da população de trabalhadores com restrição laboral entrevistados na Fase de Campo.....	113

LISTA DE DIAGRAMAS

Diagrama 1 – Categorias de Resultados da Fase Bibliográfica.....	108
Diagrama 2 – Categorias de resultados da Fase de Campo	154
Diagrama 3 - Fase Analítica Final.....	163
Diagrama 4 - Interlocução necessária para a configuração de restrição laboral.	217

LISTA DE SIGLAS

AEPS	Anuário Estatístico da Previdência Social
ASO	Atestado de Saúde Ocupacional
AT	Acidente de trabalho
CAT	Comunicado de Acidente de Trabalho
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
EAH	Ergonomia da Atividade Humana
HC	Hospital das Clínicas
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
IS	Interacionismo Simbólico
MAS	Atendimento Médico ao Servidor
MHDC	Modelo Híbrido de Desenvolvimento de Conceitos
MPS	Ministério da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
OMS	Organização Mundial de Saúde
PDT	Psicodinâmica do Trabalho
PRP	Programa de Reabilitação Profissional
RL	Restrição laboral
SAMSS	Serviço de Assistência Médica e Social aos Servidores
SESMT	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

RESUMO

Rodriguez TAJ. *Restrição Laboral: um conceito em construção na designação e vivência da incapacidade no trabalho* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2016.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A temática da restrição laboral se insere no campo da saúde e trabalho. No contexto do afastamento do trabalho e reabilitação profissional, torna-se elemento importante para o retorno e, principalmente, permanência no trabalho. No entanto, sua conceituação é incipiente, sendo pouco abordada em planos de ação em saúde do trabalhador, pesquisas e produções científicas na área. A ocorrência de redução da capacidade laborativa em cenário de impossibilidade de readequação funcional promove a designação de restrição laboral, configurando-se como uma questão complexa para trabalhadores e instituição empregadora.

OBJETIVO: O estudo pretende compreender e refletir acerca dos elementos constitutivos do conceito de restrição laboral e os aspectos envolvidos na definição e efetivação da mesma, em um determinado contexto. Ademais, refletir sobre as responsabilidades e potencialidades da equipe que define restrição laboral e sobre a participação e compreensão dos trabalhadores e as implicações e dinâmicas envolvidas na vivência da mesma.

METODOLOGIA: Trata-se de pesquisa qualitativa, tendo o Modelo Híbrido de Desenvolvimento de Conceitos como proposta teórico-metodológica. Na Fase Bibliográfica realizou-se análise crítica da literatura, buscando aspectos da designação e identificação de elementos estruturantes do conceito de restrição laboral. A Fase de Campo compôs-se de entrevistas semi-estruturadas englobando dois grupos de sujeitos envolvidos na designação e vivência da restrição laboral no contexto de um hospital escola de nível terciário. Analisou-se os achados segundo princípios da Análise de Conteúdo. Na Fase Analítica Final promoveu-se o diálogo e discussão dos achados das fases anteriores e a reconfiguração do conceito estudado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Em ambas as Fases identificou-se os antecedentes, atributos e consequências do conceito de restrição laboral. A

Fase Bibliográfica evidenciou escassa construção teórica sobre a temática, indicando possível ambivalência na compreensão dos elementos do conceito: sujeito trabalhador e situação de trabalho. Compôs-se de nove produções bibliográficas. A Fase de Campo constituiu-se de 11 entrevistas, sendo cinco médicos do trabalho e seis trabalhadores com restrição laboral. Nesta, destacou-se o acometimento de saúde como mandatório de incapacidade e, portanto, da designação da restrição laboral. Além disso, os achados contemplaram os papéis dos médicos do trabalho e assistente, os elementos que compõem a restrição laboral, a centralidade no sujeito e as consequências nas inter-relações pessoais, sobrecarga de pares e chefias, impossibilidade de aplicação da mesma e vivência focada nas limitações. Já na Fase Analítica Final o eixo central de reflexão deu-se na identificação da restrição laboral como resultado da condição de saúde do trabalhador considerada como limitante, independente da contextualização junto à situação de trabalho. Essa condição promove sobrecarga ao coletivo de trabalhadores e relações conflituosas, compromete a *cooperação* e o *reconhecimento*, tendo impacto direto no pertencimento a esse coletivo e na construção identitária do sujeito. O trabalho real necessita ganhar centralidade na designação da restrição laboral, passando a ser elemento constituinte da mesma.

CONCLUSÕES: O referencial metodológico adotado permitiu a reproposição teórica do conceito em estudo. A definição de Incapacidade proposta como estruturante do conceito pressupõe a interlocução entre condição de saúde e situação de trabalho. Quando da ausência dessa contextualização, a condição de saúde limitante configurará uma recomendação de saúde ao sujeito. Portanto, para designar restrição laboral faz-se essencial conhecer a realidade de trabalho daquele sujeito.

Descritores: formação de conceito; trabalho; trabalhadores; saúde do trabalhador; incapacidade; ambiente de trabalho.

ABSTRACT

Rodriguez TAJ. *Work restriction: a concept under development in the designation and experience of the disability at work* [thesis]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2016.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The theme of work restriction is included in the field of health and work. In the context of work leave and professional rehabilitation, it becomes an important element to return to work and, mainly, to the job retention. However, its concept is incipient, less addressed in action plans of worker health, researches and scientific productions in the area. The occurrence of the work capacity reduction in a scenario of impossibility of job readaptation promotes the designation of work restriction, configuring itself as a complex issue to workers and employing institution.

OBJECTIVE: The study aims to understand and consider the constituent elements of work restriction concept and the aspects involved in its definition and accomplishment in a certain context. Furthermore, to reflect the responsibilities and the team’s potentialities that defines work restriction and the workers’ participation and understanding and the implications and dynamics involved in this experience.

METHODOLOGY: A qualitative research was conducted having the Hybrid Model of Development of Concepts as a theoretical-methodological reference framework. In the Bibliographic Phase, a critical analysis of the literature was conducted, searching for aspects of the designation and identification of structural elements of the work restriction concept. The Field Phase consisted of semi-structured interviews including two groups of subjects involved in the designation and experience of the work restriction in the context of a tertiary-level teaching hospital. Findings were analyzed according to the Content Analysis principles In the Final Analytical Phase, the dialogue and discussion of the findings from the previous phases and the reconfiguration of the studied concept were conducted.

RESULTS AND DISCUSSION: In both phases, the antecedents, attributes and consequences of the work restriction concept were identified. The Bibliographic

Phase evidenced the scarce theoretical construction about this issue, indicating a possible ambivalence in the understanding of the elements of the concept: worker and working situation. It consisted of nine bibliographical publications. The Field Phase consisted of eleven interviews with five occupational physicians and six workers with work restriction where the health impairment was seen as the main cause of disability and, thus, of the designation work restriction. Besides, the analysis findings pointed out to the role of the occupational physicians and assistant, the elements that constitute the work restriction, the centrality of the subject and the consequences in the personal interrelationships, pairs and leadership overloading, impossibility of the application of the restriction and experience focused on the limitations. In the Final Analytical Phase, the central axis of the reflection was in the identification of the work restriction due worker' health condition considered as limiting, regardless of the contextualization in the work situation. This condition promotes an overload to the collective of coworkers and conflicting relationships, it compromises *cooperation* and *appreciation*, having a direct impact in the belonging to this collective and in the identity construction of the subject. The real work needs to be central to the work restriction designation, becoming a constituent element of this restriction.

CONCLUSIONS: The adopted methodological reference framework allowed the theoretical re-purposing of the concept under study. The proposed definition of disability as structuring of the concept presupposes the interlocution between health condition and work situation. When the absence of this contextualization, the limiting health condition will configure a health recommendation for the subject. To designate work restriction it is necessary to know the reality of the work situation of that subject.

Drescriptors: concept formation; work; workers; occupational health; disable persons; working environment.

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

*Um problema de pesquisa se concebe como uma separação
consciente, que se quer superar,
entre o que nós sabemos, julgado insatisfatório;
e o que desejamos saber, julgado desejável.
(Chevrier)*

A temática da restrição laboral (RL) se insere no amplo campo da saúde e trabalho. Como tal, deveria compor ou ser considerada na elaboração de políticas públicas, planos de ação em saúde do trabalhador, pesquisas e produções científicas. No entanto, a realidade atual não contempla esse panorama a contento.

A busca de informações e conhecimentos teóricos sobre a RL resulta em indagações sobre seu conceito, tanto no que tange à definição, quanto aos elementos centrais que o compõe. Questiona-se a existência de uma possível ambivalência quando se pensa nos elementos que constituem a RL, sendo que de um lado encontra-se o sujeito trabalhador e de outro, o trabalho.

Quando se considera que o surgimento da restrição laboral pode decorrer da impossibilidade do trabalhador realizar alguma(s) tarefa(s) prevista(s) em sua função pode-se refletir sobre duas perspectivas divergentes: uma teria seu foco unicamente no sujeito e a outra consideraria o trabalho. Outro aspecto que desperta interesse e compõe nessa temática é o uso das

terminologias restrição da capacidade laboral, restrição de atividade laboral, incapacidade laborativa e capacidade para o trabalho.

A restrição da capacidade laboral refere-se à diminuição ou comprometimento da capacidade do sujeito para o trabalho (Brasil, 2009b). Portanto, seu foco está no sujeito, em suas condições de saúde e funcionalidades. Por ser genérica, não há, à priori, uma consideração da repercussão da doença no desempenho das atribuições próprias ao cargo específico ao qual o trabalhador está vinculado ou ao conteúdo das tarefas que desempenha.

Assim, as conceituações, definições, limites e compreensão de tais termos deveriam estar diretamente relacionados com a designação e a vivência da RL no cotidiano de trabalho dos sujeitos nessa situação.

Vale destacar que o presente estudo acena para a composição ‘definição, qualificação, implantação e efetivação’ quando refere acima o termo *designação da RL*, uma vez que o conhecimento acerca desses elementos permanece incipiente na temática da RL.

A RL poderá ser designada em qualquer momento da vida produtiva do trabalhador, como por exemplo, em processos decorrentes do adoecimento, envelhecimento, situações de retorno ao trabalho ou de readaptação profissional. É na ocorrência de situações de adoecimento, agudo ou crônico, que reside maior probabilidade do trabalhador necessitar da indicação de uma restrição laboral.

Ao se tratar de adoecimento, estaremos abordando e contemplando suas variações na área de saúde e trabalho, sendo elas, as doenças comuns, os acidentes de trabalho e as doenças ocupacionais.

Já ao se pensar em processo de adoecimento, teremos como eixos norteadores aspectos das situações de trabalho, condições de saúde do sujeito e, também, a realidade vivenciada pelos trabalhadores quando sofrem afastamentos das atividades laborais, decorrentes de tais adoecimentos.

No contexto do afastamento do trabalho e da reabilitação profissional, a restrição laboral poderá ser um elemento importante para o processo de retorno e, principalmente, de permanência no trabalho (Schveitzer, 2014; Lancman et al., 2016). Em diversas situações pode-se pensar que ela se configura como único recurso possível à instituição empregadora para permitir o retorno do trabalhador, principalmente quando esse não está com sua saúde preservada.

Logo, pode-se considerar que a RL permeia os processos de retorno e permanência no trabalho, além de preceder ações de reabilitação profissional, no sentido de ser um possível indicativo da necessidade desta.

A RL é definida junto à equipe de saúde do trabalhador da instituição empregadora e constará no Atestado de Saúde Ocupacional (ASO)¹ do trabalhador. Sua existência no referido documento não é uma obrigatoriedade

¹ O ASO trata-se do documento emitido pelo médico do trabalho, designando a aptidão ou inaptidão para as atividades laborais. Ele deve ser emitido, conforme determina a Norma Regulamentadora 7 (NR7), nos seguintes exames médicos de caráter obrigatório: admissional, periódico, demissional, retorno ao trabalho e mudança de função.

pré-definida na Norma Regulamentadora 7². No entanto, passa a ser entendida como uma possibilidade de permitir a permanência e proteger a saúde de determinados trabalhadores.

Nesse viés, poderia ser considerada como um ganho nos direitos dos trabalhadores por ser mais inclusiva do que a determinação direta de inaptidão para o trabalho.

Emerge, nesse contexto, o questionamento de inclusão do trabalhador ou exposição de sua condição de saúde, impactando no trabalho. Um aspecto que deveria ser elucidado para responder a tal questionamento é: como será vivenciada essa RL pelo sujeito?

Deve-se considerar que a permanência ou não do trabalhador no trabalho estará permeada pela definição adequada ou inadequada da restrição laboral, uma vez que sua definição não acontece somente no retorno ao trabalho. Ou seja, como referido anteriormente, ela pode ser designada mesmo sem ter existido afastamento do trabalho, seja ele previdenciário ou não³.

Assim, no uso da RL como recurso para a permanência no trabalho, um elemento estruturante na definição da mesma se trata do reconhecimento do adoecimento como um processo dinâmico e multifatorial (Lancman et al., 2016).

² A NR7 rege o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional. A responsabilidade de seu conteúdo e atualização é do Ministério do Trabalho e Emprego.

³ O afastamento previdenciário se caracteriza por afastamento médico do trabalho com duração superior a 15 dias consecutivos no mesmo mês e pelo mesmo CID.

Visando apresentar conteúdos relevantes que permeiam e compõem a RL, o texto a seguir será organizado em quatro seções. A primeira aborda o macro contexto de inserção da RL, a segunda aponta conceitos que se inter-relacionam com a designação da mesma na área de saúde e trabalho. A terceira seção identifica a importância da reconstrução do conceito de restrição laboral. Já a quarta seção destaca perspectivas conceituais do elemento transversal à restrição laboral e seu macro contexto: o Trabalho.

1.1 O macro contexto de inserção da restrição laboral: a permanência no trabalho

A restrição laboral, conforme o próprio termo sugere, diz respeito à condição do sujeito na situação laboral, portanto, em atividade de trabalho. Insere-se no contexto do retorno e permanência no trabalho, estando, portanto, permeada pelas políticas de reabilitação profissional e pelos conceitos de capacidade laborativa e de incapacidade.

Nessa perspectiva, as ações e compreensões sobre o adoecimento no trabalho, o processo de retorno e permanência no mesmo e a reabilitação profissional terão inter-relação com a RL. Portanto, alguns de seus elementos centrais serão apresentados nos subitens a seguir.

1.1.1 Apresentando o panorama do adoecimento no trabalho e das políticas de reabilitação profissional no âmbito da Previdência Social

No que tange ao adoecimento no trabalho, dados apresentados nos Anuários Estatísticos da Previdência Social (AEPS) nos evidenciam o número de acometimento de trabalhadores por acidentes do trabalho⁴ e doenças ocupacionais, resultando em sequelas com limitações funcionais (Brasil, 2011c, 2012, 2013).

A 22ª edição do AEPS refere, aproximadamente, 55 milhões de contribuintes empregados e 28,9 milhões de pessoas em recebimento de benefícios do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), com valor total de R\$ 5,1 bilhões. Valor este que representou um acréscimo de 13,5% em relação ao ano anterior (Brasil, 2013).

A referida edição do AEPS indica também um aumento contínuo nos acidentes do trabalho (AT) entre os anos de 2010 a 2013. Segundo os Anuários, em 2011 foram registrados 711.164 mil acidentes do trabalho, contra os 709.474 mil de 2010. Já em 2013 foram registrados cerca de 717,9 mil

⁴ Vale destacar que a Previdência Social considera como acidente do trabalho, a doença profissional e a doença do trabalho. Equiparam-se também ao acidente do trabalho: o acidente ligado ao trabalho que, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a ocorrência da lesão; certos acidentes sofridos pelo segurado no local e no horário de trabalho; a doença proveniente de contaminação acidental do empregado no exercício de sua atividade; e o acidente sofrido a serviço da empresa ou no trajeto entre a residência e o local de trabalho do segurado e vice-versa (MPS, 2011).

acidentes do trabalho, um aumento de 0,55% se comparado com 2012 (Brasil, 2011c, 2012, 2013).

Ao se detalhar os dados de acidentes do trabalho, com recorte para o ano de 2013, temos que do total de acidentes registrados com Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), os acidentes típicos representaram 77,32%, os de trajeto 19,96% e as doenças do trabalho 2,72% (Brasil, 2013).

Nos acidentes típicos e de trajeto e nas doenças do trabalho houve maior incidência de acometimentos em população jovem (acidente típico e de trajeto faixa etária de 20 a 29 anos, com, respectivamente, 34,11% e 37,50% e doenças do trabalho, a faixa etária de 30 a 39 anos, com 33,52% do total de registros) (Brasil, 2013). Fato esse que pode gerar perdas nas capacidades laborativas e que, se não consideradas adequadamente, comprometerão o trabalho e os trabalhadores por longos períodos da vida laboral.

No mesmo ano, o subgrupo da Classificação Brasileira de Ocupações com maior número de acidentes típicos e de trajetos foi o de 'Trabalhadores dos serviços', com 15,09% e 19,05%, respectivamente. Já na distribuição por setor de atividade econômica, o setor 'Indústria' teve 45,48% e o setor 'Serviços' teve 51,05% do total de acidentes registrados com CAT no mesmo período (Brasil, 2013).

Ainda no ano de 2013, dentre os 50 códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID) com maior incidência nos acidentes de trabalho, os de maior participação estão relacionados ao acometimento de punho e mão com 21,34% do total. Nas doenças do trabalho os CIDs mais

incidentes, perfazendo o total de aproximadamente 42%, foram lesões no ombro (M75), sinovite e tenossinovite (M65) e dorsalgia (M54), com 21,91%, 13,56% e 6,36%, do total (Brasil, 2013).

No mesmo período, os óbitos decorrentes de AT aumentaram 1,05% em relação a 2012, as incapacidades temporárias aumentaram em 0,87% e as incapacidades permanentes decresceram em 12,96%.

O número de acidentes de trabalho com processo finalizado no INSS foi de aproximadamente 737,4 mil acidentes, o que correspondeu a um aumento de 0,40% em relação a 2012. As principais consequências dos AT encerrados foram as incapacidades temporárias com menos de 15 dias e com mais de 15 dias, cujas participações atingiram 46,04% e 36,79% do total, respectivamente (Brasil, 2013).

A cessação de benefícios de acidentes de trabalho trata-se de um dado relevante na medida em que esses trabalhadores, excluindo-se os casos de óbito, retornam à atividade laboral.

Assim, vale destacar que o número de trabalhadores considerados com incapacidade laboral no ano de 2011⁵ foi de 611.576 mil trabalhadores com incapacidade temporária e 14.811mil com incapacidade permanente (Brasil, 2011c).

⁵ Os dados referentes aos anos de 2012 e 2013 não foram encontrados no Anuário Estatístico da Previdência Social 2013 devido a uma mudança no conteúdo e forma de apresentação das informações, tendo sido feita uma consulta à Previdência Social que permanece sem resposta até o momento.

Nesse contexto, o constante aumento do número de acidentes de trabalho e o decréscimo verificado no número de reconhecimento de incapacidade temporária e definitiva pelo INSS ilustra um aumento do retorno ao trabalho de trabalhadores acidentados (conforme Quadro1). Esses podem, por vezes, possuir algum comprometimento em suas capacidades laborativas.

Quadro 1 - Tipo de Incapacidade por Ano referida no Anuário Estatístico da Previdência Social, 2011.

Tipo de incapacidade/Ano	2010	2011
Incapacidade Temporária	613.020 mil	611.576 mil
Incapacidade Definitiva	15.942 mil	14.811 mil

Destaca-se que a primeira causa de afastamentos do trabalho são sequelas de acidentes de trabalho e a segunda, os acometimentos por LER/DORT, seguidos dos transtornos psíquicos (Brasil, 2011c, 2012, 2013). Esses trabalhadores que vivenciaram o afastamento, em sua maioria, retornarão ao mercado de trabalho, tendo em vista o baixo índice de aposentadorias por invalidez concedido pelo INSS (Brasil, 2013).

Adverte-se que os dados previdenciários referem-se somente a trabalhadores do mercado formal que aderem a essa proposta de previdência social. Portanto, trata-se de um recorte da população total de trabalhadores do país e da quantidade de adoecimento relacionado ao trabalho (Takahashi et al., 2010a).

Apesar de se configurar como informação parcial, esses dados são referenciados no presente estudo por serem importante registro formal sobre adoecimento no trabalho.

Já no que tange a temática das políticas e ações para o retorno ao trabalho e à reabilitação profissional dá-se destaque para a Política Nacional em Saúde do Trabalhador (Brasil, 2011a). Seu conteúdo prevê, dentro dos pressupostos do SUS, as atribuições de cada um dos Ministérios envolvidos: Ministério da Saúde (MS), Ministério da Previdência Social (MPS) e Ministério do Trabalho e Emprego (MTE). A referida Política indica a integração entre as vigilâncias à saúde do trabalhador como atribuição do MS e a realização da Reabilitação Profissional como atribuição do MPS (Brasil, 2011a).

Faz-se importante a ressalva de que, vivencia-se, até os dias atuais, dificuldades na prática dos preceitos e lentificação da efetiva implantação de tal política devido à falta de integração, políticas unificadas, interesses não análogos, disputas de poder e formas distintas de atuar dos ministérios (Takahashi et al., 2011).

Em se tratando de Reabilitação Profissional, o MPS designa tal ação para seu instituto principal, o INSS (Brasil, 2011b).

Neste, compete à Diretoria de Saúde do Trabalhador às ações de reabilitação profissional, sendo essas entendidas como:

um serviço que visa proporcionar aos segurados⁶ incapacitados parcial ou totalmente para o trabalho, independente de carência, e às pessoas portadoras de deficiência os meios para a reeducação ou

⁶ O INSS designa de 'segurados' os trabalhadores que são afiliados à Previdência Social.

readaptação profissional e social que lhes permitam participar do mercado de trabalho e do contexto em que vivem. [...] Esses segurados são habilitados em uma nova função/atividade, podendo ser considerados aptos para reingressarem no mercado de trabalho ou incapacitados para o desempenho de atividade profissional (Brasil, 2011c – texto explicativo).

Nos anos de 2011, 2012 e 2013 foram registrados, respectivamente, 52.107, 52.030 e 53.843mil encaminhamentos de segurados ao Programa de Reabilitação Profissional (PRP), sendo que aproximadamente 68% foram considerados elegíveis para participar do mesmo (Brasil, 2011c, 2012, 2013).

Ao adentrar-se aos dados de 2013 tem-se que dos 53.843mil trabalhadores encaminhados ao PRP, aproximadamente, 8% foram considerados aptos para o retorno ao trabalho, 22% considerados inelegíveis e 70% elegíveis para o programa. Ainda no referido ano, as estatísticas do Programa indicam que aproximadamente 30% dos trabalhadores (16.711 trabalhadores) foram reabilitados e 70% (38.036) permanecem em processo de reabilitação no programa⁷ (Brasil, 2013).

O encaminhamento ao serviço de reabilitação profissional e a concessão de benefícios previdenciários tem por base o conceito de Incapacidade Laborativa previsto pela instituição. Nesse contexto, considera-se incapacidade laborativa como a “impossibilidade de desempenho das funções específicas de

⁷ A soma dos dados de trabalhadores reabilitados e em acompanhamento no programa (54.747mil) supera os encaminhamentos ao PRP em 2013 (53.843mil) pois diversos segurados permanecem no programa por mais de um ano e outros encontram-se em fila de espera para iniciar as ações do mesmo.

uma atividade⁸ (ou ocupação), em consequência de alterações morfofisiológicas provocadas por doença ou acidente” (Brasil, 2013. p.12).

Essa perspectiva adotada foca a incapacidade da condição do sujeito trabalhador e a desloca das condições reais de trabalho, sequer apontando esta como um aspecto a ser considerado.

A incapacidade laborativa, ainda no ponto de vista da Previdência Social, será designada tendo por base três elementos estruturantes: grau, duração e profissão. O *grau* definirá a gravidade do acometimento, podendo ser considerada como *parcial* (‘permite o desempenho da atividade sem risco de vida ou agravamento maior’) ou *total* (‘impossível permanecer no trabalho pois não atinge a média do rendimento alcançado, em condições normais, pelos trabalhadores da categoria’). Já a *duração* classificará sua temporalidade, podendo ser *definitiva* (‘não suscetível de recuperação’) ou *temporária* (‘suscetível de recuperação’) e a *profissão* definirá se a incapacidade acomete a capacidade laborativa para uma profissão (‘denominada de *uniprofissional*’), algumas profissões (‘*multiprofissional*’) ou toda e qualquer atividade laborativa (‘*omniprofissional*’)⁹ (Ramalho, 2011).

Nos documentos públicos da reabilitação profissional previdenciária não há referência à definição do termo restrição laboral, deste modo, pode-se questionar se o conceito de restrição laboral compõe seus pressupostos.

⁸ O termo atividade é nessa definição compreendido como ocupação ou atividade humana, no sentido do trabalho como um fazer humano.

⁹ A classificação de acometimento uniprofissional refere-se à impossibilidade do trabalhador, decorrente de sua incapacidade, retornar ao exercício de uma profissão, como por exemplo, a profissão de professor. Caso sua incapacidade o impeça de exercer mais de uma profissão, como por exemplo, professor e diretor de escola, sua classificação será multiprofissional. E caso o impeça de atuar em todas as atividades laborativas, será designada de omiprofissional.

O Manual Técnico de Procedimentos do PRP é responsável por nortear e embasar as ações do programa (Brasil, 2011b). Segundo seus preceitos, o desligamento da reabilitação profissional previdenciária por conclusão do programa ocorre em três possíveis situações: i. retorno à mesma função com atividades diversas (segurado que apresente condições de retorno à mesma função após cumprir o PRP, necessitando de adequação das atividades e/ou do posto de trabalho); ii. retorno à mesma função com as mesmas atividades (segurado que apresente condições para exercer as mesmas funções com todas as atividades que exercia anteriormente após cumprir o PRP) e; iii. retorno à função diversa (segurado que esteja habilitado para o exercício de função diversa da que exercia anteriormente após cumprir PRP) (Brasil, 2011b).

Não há em seu conteúdo a definição de potencial laborativo e, sequer, de restrição laboral e função compatível. Há, somente, no glossário as definições de reabilitação profissional e readaptação profissional, compreendidas como

Reabilitação profissional: assistência educativa ou reeducativa e de adaptação ou readaptação profissional; Readaptação profissional: tornar o indivíduo apto a retornar as atividades profissionais proporcionando meios de adaptação a função(ões) compatível(eis) com suas limitações (Brasil, 2011b. p.66-7).

Pode-se questionar na definição da readaptação profissional, a possibilidade de dupla interpretação, sendo uma com foco na adaptação do sujeito à função compatível e outra com foco no trabalho, designando

atividades que respeitem as limitações do sujeito e condigam com suas habilidades e potencialidades.

Na esfera normativa, a responsabilidade pela readaptação profissional compete ao INSS e não à instituição empregadora¹⁰. Esta configura-se como parceira nesse processo, podendo ser colaborativa em maior ou menor escala com a reabilitação profissional e/ou o PRP. Neste aspecto, engloba-se desde a existência ou ausência de política e/ou um programa de retorno ao trabalho até a disponibilização ou não de função compatível para o trabalhador realizar o estágio preconizado no processo de reabilitação profissional (Maeno, Vilella, 2010; Takahashi et al., 2010a; Bregalda, Lopes, 2011).

Quando da existência de vínculo empregatício do trabalhador com uma instituição empregadora, o não oferecimento de função compatível ou vaga para reinserir um trabalhador com capacidade laborativa reduzida e a ausência de programa de acompanhamento ao retorno ao trabalho tem impacto negativo no retorno ao trabalho e no processo de reabilitação profissional (Bregalda, Lopes, 2011).

Quando o trabalhador está inserido no PRP valida-se, à despeito da efetividade, a existência de uma proposta de reabilitação profissional estruturada. No entanto, o que acontecerá quando um trabalhador adoecer ou se acidentar tendo comprometimento de sua capacidade laborativa e não estiver contemplado pelo PRP? Quem se configurará como responsável para fornecer suporte na relação trabalho versus saúde, ou seja, quem se

¹⁰ Não há legislação que determine a obrigatoriedade de participação e/ou colaboração da instituição empregadora no processo de reabilitação profissional.

comprometerá para que esse trabalhador possa desempenhar determinadas funções tendo em consideração as mudanças em seu potencial laborativo e a prevenção de novos acometimentos de sua saúde?

Nesse contexto insere-se os recursos que a instituição empregadora possui para as ações de saúde junto a seus trabalhadores. Ou seja, o cuidado à capacidade laborativa do trabalhador e da sua saúde dependerá do investimento da instituição empregadora, nos sentidos qualitativo e quantitativo, da valoração de seus recursos humanos.

Por fim, destaca-se que a apresentação de definições conceituais previdenciárias é de grande importância para esse estudo, pois tais conceitos permearão a interação e o diálogo entre a Previdência Social, o trabalhador e a empresa nos processos de reabilitação profissional, sendo essencial para o aumento das possibilidades de permanência no trabalho.

1.1.2 Restrição laboral e a permanência no trabalho: interfaces com o contexto da reabilitação profissional e retorno ao trabalho

Sabe-se que os aspectos da organização e das condições de trabalho influenciam diretamente na saúde do trabalhador, podendo ser um importante fator de adoecimento e desgaste (Abrahão, et al., 2009). No entanto, apesar de se reconhecer essa referida relação, o estabelecimento do nexos causal entre

trabalho e adoecimento permanece sendo um processo lento e não assertivo (Sala, Parreira, 2011; Lancman et al., 2013a).

Nos processos de adoecimento, o trabalho não é a priori considerado como agente causador, fato que conjuga com que seus efeitos sobre a saúde do trabalhador não sejam investigados e a correlação entre o adoecimento e os aspectos da condição e organização do trabalho fique prejudicada ou de difícil identificação (Maeno et al., 2009; Toldrá et al., 2010; Lancman et al., 2013a).

Compondo esse contexto, Ramos et al. (2008) destaca que no afastamento do trabalho, em virtude de adoecimento profissional ou acidente do trabalho, as questões da organização e das condições de trabalho deveriam entrar em destaque. Neste, o trabalho deveria ser de imediato reconhecido como originário do processo.

No entanto, pode ocorrer a culpabilização do sujeito e individualização do adoecimento, o desconectando do trabalho e distanciando a percepção da relevância das condições e da organização deste na produção do adoecimento (Barreto, 2004; Ramos et al., 2008; Lancman et al., 2013a). Há o direcionamento das ações para os indivíduos, que por diversas vezes, sentem-se destituídos de valor em uma sociedade que reconhece e valoriza aqueles que estão em pleno exercício de suas capacidades de saúde (Bregalda, Lopes, 2011; Canal, Cruz, 2013)

Essa realidade terá impacto direto nas RLs uma vez que ao não se estudar e compreender a correlação entre os elementos adoecimento e trabalho, este não será considerado como adoecedor. Portanto, não sofrerá

mudanças para melhorias em aspectos de sua condição e organização, fazendo com que o trabalhador retorne à mesma situação que o adoeceu (Toldrá et al., 2010; Lancman et al., 2013a,b).

Assim, aumenta-se a possibilidade do trabalhador necessitar de restrição laboral para permanecer no trabalho. Nessa perspectiva, a questão do adoecimento figura-se, cada vez mais, de forma individual e não coletiva, não promovendo a reflexão sobre o trabalho como fator adoecedor para o conjunto de trabalhadores que atuam na mesma situação. Tais fatos poderão ter impacto direto nas restrições laborais.

Em correlação macro contextual com a restrição laboral, autores como Matsuo (1998), Loisel et al. (2005), Ramos et al. (2008), MacEachen et al. (2010), Maeno e Vilela (2010), Toldrá et al. (2010), Canal e Cruz (2013) e Lancman et al. (2013a,b) apontam que os afastamentos do trabalho são um importante rompimento na vida do sujeito, tendo, por diversas vezes, impactos em esferas social, familiar, econômica e psíquica do trabalhador. Esses autores também enfatizam que os adoecimentos podem gerar incapacidades para o trabalho, apontando ao trabalhador a necessidade de reabilitação profissional para posterior retorno à atividade laboral, seja ela dentro da função desempenhada anteriormente ou em nova função.

Entretanto, o estar fora do trabalho, ao mesmo tempo em que evidencia possibilidades de saúde por permitir o afastamento do agente adoecedor, também coloca o sujeito em posição de fragilidade e de incapacidade (Ramos

et al., 2008; MacEachen et al., 2010; Toldrá et al., 2010; Lancman et al., 2013b,2016).

A lógica vigente dos processos de retorno ao trabalho está focada no sujeito e não nas situações de trabalho, assim, ou esse sujeito será um incapaz na percepção de outrens ou retornará sem nenhum anteparo para as atividades que o adoeceram. O foco estará no sujeito adoecido e não nas condições de trabalho (Ramos et al., 2008; Bregalda, Lopes, 2011; Lancman et al., 2013a).

Autores que pesquisam na temática da reabilitação profissional, tais como Loisel et al. (2005), Takahashi e Iguti (2008), Lima et al. (2010), Maeno e Vilela (2010), Simonelli et al. (2010), Takahashi et al. (2010a), Toldra et al. (2010) e Lancman et al. (2013a), destacam a importância desse processo objetivando o retorno do trabalhador ao trabalho e a preservação de sua saúde, capacidade produtiva e inclusão social.

Ademais, Ramos et al. (2008) enfatiza que o processo de reabilitação profissional promove no trabalhador a ideia de um 'entre-lugar'. Configura-se como um presente com incapacidade laborativa e um futuro incerto, que pode vir a ser composto pela mesma atividade de trabalho com restrições ou o direcionamento para a construção de nova atividade para o trabalhador.

No que tange ao retorno ao trabalho/ RT, Ramos et al. (2008), Simonelli e Camarotto (2008), MacEachen et al. (2010), Takahashi et al. (2010b, 2011), Tjulin et al. (2010, 2011), Toldrá et al. (2010), Canal e Cruz (2013), Dunstan e MacEachen (2013), Lancman et al. (2013a; 2016) destacam, ainda, a

existência de elementos centrais que se configuram como facilitadores e/ou dificultadores no processo.

Como facilitadores enfatizam a avaliação e adequação das condições e da organização do trabalho, o acolhimento e apoio por parte dos pares de trabalho, a cooperação e o trabalho em equipe, a viabilização do retorno progressivo, o acompanhamento do processo e participação ativa do sujeito e as condições de acolhimento para o RT. As condições de acolhimento são entendidas como as condições de suporte, presentes no contexto do trabalho, que funcionam como apoio por parte de todos os envolvidos: pares e níveis hierárquicos diferenciados (Ramos et al., 2008; Simonelli, Camarotto, 2008; MacEachen et al., 2010; Tjulin et al., 2011; Toldrá et al., 2010; Dunstan, MacEachen, 2013; Lancman et al., 2013a; 2016).

Já como elementos dificultadores apontam a estrutura da legislação brasileira vigente, os conflitos nas relações interpessoais com chefias e pares de trabalho, a falta de cooperação e acolhimento dos pares de trabalho e a impossibilidade de remodelação das condições e da organização do trabalho durante o processo de retorno ao trabalho (Simonelli, Camarotto, 2008; Takahashi et al., 2010b; Toldrá et al., 2010; Canal, Cruz, 2013; Lancman et al., 2013a).

Tais autores abordam também a importância de maior aproximação entre as exigências do trabalho e as potencialidades do trabalhador como mais um eixo central do processo de retorno e, principalmente, de permanência no trabalho.

[...] a sua recolocação depende da variedade de postos de trabalho oferecidos pela empresa, do acolhimento apropriado, das mudanças necessárias nos vários aspectos do trabalho e, sobretudo, de uma política e um programa definidos com o objetivo de se ampliar as suas potencialidades de reinserção (Maeno, Vilela, 2010. p.94).

Além disso, no âmbito nacional, autores como Takahashi e Iguti (2008), Maeno e Vilela (2010), Takahashi et al. (2010a,b), Toldrá et al. (2010) e Lancman et al. (2013a) debatem sobre a forma de estruturação da atual Política Pública e de ações para a reabilitação e o retorno ao trabalho. Apresentam aspectos relevantes como a indefinição e insuficiência das ações dos Ministérios envolvidos (MS, MPS e MTE) e suas corresponsabilidades de atuação, a indefinição das responsabilidades da empresa e a falta de articulação entre as ações desenvolvidas por todos os envolvidos, além da incipiente participação efetiva do trabalhador nesse processo.

A redução do modelo previdenciário de reabilitação profissional repercutiu no atendimento dos serviços de Saúde do Trabalhador do SUS (Sistema Único de Saúde). A desassistência, no que diz respeito à reabilitação, aos trabalhadores leva à necessidade médica de prolongamento da prescrição de afastamento do trabalho pela permanência da incapacitação, quando não ocorrem as altas precoces pela Perícia Médica do INSS, que não considera as questões de prevenção. Isso implica no aumento do grau de desvantagem dos trabalhadores acidentados e adoecidos por ocasião do retorno ao trabalho (Takahashi et al., 2010a. p.8).

Segundo Takahashi (2006), a eficácia e efetividade de ações de retorno ao trabalho e reabilitação profissional dependem da implantação e interligação de políticas públicas

[...] que privilegiem não apenas o crescimento econômico, mas a vida e a saúde do trabalhador, de políticas preventivas nos ambientes de trabalho, da assistência em saúde para procedimentos diagnósticos,

terapêuticos e de reabilitação adequados e de intervenção, nas atividades e relações de trabalho, das empresas (Takahashi, 2006. p.162).

Outro elemento de destaque refere-se ao fato de que na medida em que as práticas de reabilitação profissional se adaptam à organização do trabalho vigente, sem questionar sua estrutura e efeitos, podem tornar o trabalhador uma peça a ser recolocada numa engrenagem já modelada e à qual ele deverá adequar-se (Ramos et al., 2008).

Tais aspectos nos evidenciam as dificuldades e falhas estruturais existentes na atual realidade das ações implantadas para a reabilitação profissional e o retorno ao trabalho de trabalhadores adoecidos (Takahashi, Iguti, 2008; Maeno, Vilela, 2010; Takahashi et al., 2010a,b; Toldrá et al., 2010; Canal, Cruz, 2013; Lancman et al., 2013a).

Ademais, as políticas de saúde do trabalhador e as ações nas áreas da Saúde e Previdência Social não apresentam a temática da restrição laboral e, portanto, sequer designam sua responsabilidade a algum órgão, instância ou programa. Assim, questionamentos importantes que permearão os processos de designação da restrição laboral correlacionam-se com a inexistência de responsáveis legalmente designados para tal. Quem designa a RL?

Essa será definida e delimitada pelas empresas/instituições, na medida em que assumir para si a corresponsabilidade de cuidar da saúde de seus trabalhadores nos processos de permanência no trabalho? E na prevenção de adoecimento e agravos à saúde? Individual e/ou do coletivo?

Pode-se, então, questionar em que magnitude a designação da restrição laboral será perpassada pelo grau de valorização da instituição à saúde do trabalhador e pela indefinição legal de responsabilidades e atores envolvidos?

Apesar da extensão dos elementos e produções científicas contemporâneas, um aspecto fica ainda desconhecido e pouco explorado no viés da saúde do trabalhador: a restrição laboral. A construção teórica dos processos de designação da restrição laboral, sua definição conceitual e suas correlações com as possibilidades de retorno e permanência no trabalho ainda são escassas na literatura científica.

1.2 Identificando conceitos correlacionados à restrição laboral

No contexto internacional, constata-se que a Organização Internacional do Trabalho/ OIT, instituição de reconhecimento e importância internacional na área de saúde do trabalhador, não abarca a restrição laboral dentre suas definições conceituais. Além disso, sequer a apresenta como categoria ou item que compõe uma categoria dos estudos epidemiológicos que desenvolve (Organização Internacional do Trabalho, 2010).

Dentre os conceitos apresentados pela mesma, destaca-se o de '*occupational injuries*', pois refere, em sua definição, as concepções de incapacidade temporária e incapacidade permanente do trabalhador, após

prejuízo de sua capacidade laborativa (Organização Internacional do Trabalho, 2010).

Entende-se incapacidade temporária como condição de incapacidade com período estabelecido, ou seja, no qual seja possível a recuperação da capacidade laborativa em até um ano da data do acidente que gerou o dano. Já a incapacidade permanente do trabalhador trata-se da situação em que a pessoa lesionada não mais estará apta para desempenhar suas tarefas de trabalho no emprego ou posto de trabalho ocupado quando da ocorrência do acidente que gerou tais danos (Organização Internacional do Trabalho, 2010). As referidas incapacidades estão diretamente relacionadas à ocorrência de acidentes de trabalho.

A apresentação dessas definições de incapacidade no presente estudo justifica-se pelo questionamento acerca do RT de sujeitos em tais condições (incapacidade temporária e permanente). Pode-se considerar a necessidade de restrições para possibilitar que esses trabalhadores retornem ao trabalho? Em caso positivo, a compreensão de incapacidade contaminará o entendimento e impactará na RL.

Nesse contexto, destacar-se-ia, então, o enfoque dado à incapacidade do sujeito, ou seja, condição de saúde do mesmo que o impossibilita por algum tempo (longo ou curto) de exercer certas atividades laborais. Foca-se no sujeito e não se propõe direcionamento para os aspectos das condições e/ou da organização do trabalho (Canal, Cruz, 2013).

Em contraposição, o Modelo Social de Incapacidade estrutura uma mudança de paradigma da incapacidade. Esta, até então considerada como pertencente ao sujeito, tem sua compreensão transferida para a dimensão do relacional. Passa, a partir de então, a ser entendida como resultante de experiências de interação entre características do sujeito e condições da sociedade em que vive (Organização Mundial da Saúde, 2004; Toldra et al., 2010).

Ainda, no contexto internacional, no ano de 2001, a Organização Mundial da Saúde (OMS) dá visibilidade a essa nova conceituação de incapacidade, por meio da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (Organização Mundial da Saúde, 2004).

A proposição feita pela CIF é de que a funcionalidade e incapacidade de uma pessoa são concebidas como resultado da interação dinâmica entre os estados de saúde (doenças, perturbações, lesões, etc.) e os fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais) (Organização Mundial da Saúde, 2004).

Incapacidade (disability) é o termo genérico para deficiências, limitações da atividade e restrições na participação. Corresponde aos aspectos negativos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e seus factores contextuais (ambientais e pessoais) (Organização Mundial da Saúde, 2004. p.22).

Assim, constata-se que a incapacidade não é um atributo do sujeito e sim caracteriza-se como o resultado da relação complexa na interação sujeito-

meio, podendo ser esse entendido como ambiente social, portanto, o trabalho e as políticas públicas correlatas¹¹ (Toldra et al., 2010; Canal, Cruz, 2013).

Portanto, com a mudança de enfoque trata-se a incapacidade como algo relacional, interacional e que será possível de modificações conforme se promova alterações nas condições daquela organização social (Oliver, 1990; Simonelli et al., 2010).

Para o presente estudo, a apresentação dessa perspectiva conceitual da incapacidade, desenvolvida e aplicada na Área da Saúde, se faz de extrema relevância na medida em que revela a incongruência existente entre o conceito de incapacidade utilizado pelos MPS (junto ao Programa de Reabilitação Profissional do INSS) e MS. Vale destacar que, conforme já apresentado anteriormente, ambos os ministérios compõem as ações de atenção à saúde do trabalhador, com vistas à integralidade, sendo, portanto, importante o diálogo e consonância entre seus conceitos e ações.

Ademais, a compreensão do conceito de incapacidade reflete na compreensão existente sobre restrição laboral, ou seja, a concepção do conceito de incapacidade que vigora em dado contexto irá influenciar a conceituação e a designação da RL.

¹¹ O presente estudo não se aprofundará nas categorias e elementos da proposta de classificação da CIF. Apenas, aponta-se, em caráter informativo que, segundo Nubila e Buchalla (2008. p.328), “Atividade” e “Participação”, que é o que o “corpo” realiza. Representam aspectos da funcionalidade a partir da perspectiva individual e social, incluídas em uma lista única que engloba todas as áreas vitais, das quais fazem parte desde a aprendizagem básica até interações interpessoais ou de trabalho. O “contexto”, que é a circunstância em que o “corpo” realiza suas “atividades e participação”. Entre os fatores contextuais estão incluídos os “fatores ambientais”, que representam o ambiente físico, social e de atitudes nos quais as pessoas vivem e conduzem suas vidas e que têm um impacto sobre todos os três componentes.

1.3 Restrição Laboral: um conceito em construção

O arcabouço teórico que estrutura o conhecimento científico na saúde se constrói em um processo dinâmico, que tende a nascer da prática e que se reproduz na pesquisa, especialmente por meio da análise e desenvolvimento de conceitos, teorias e técnicas (Knafl, Deatrick, 2000; Pettengill, 2003; Poles, 2008; Bousso et al., 2009).

A busca do esclarecimento e a preocupação em estabelecer nomes aos fatos da prática, a fim de facilitar a reflexão e a ação sobre ela poderá contribuir com a construção do corpo de conhecimentos de uma área e é fato motivador do desenvolvimento de estudos científicos e de conceitos, a exemplo do estudo aqui proposto (Knafl, Deatrick, 2000; Rodgers, 2000; Bousso et al., 2009).

Um conceito é definido como *uma ideia ou construção mental elaborada acerca de um fenômeno, sendo essencial no desenvolvimento de pesquisas, assim como na construção de teorias* (Knafl, Deatrick, 2000. p.41).

Para Morse (1995) conceitos são representações cognitivas e abstratas da realidade perceptível, formados por experiências diretas ou indiretas. Portanto, um conceito deve estar inserido em um contexto, de modo a permitir compreender o significado e a aplicação do mesmo, podendo contribuir para o avanço do conhecimento na área.

Para Rodgers (2000) a clarificação dos conceitos pode ser necessária nas seguintes situações: (1) terminologia confusa ou palavra ambivalente; (2)

problemas que definem conceitos importantes para o desenvolvimento da pesquisa, teoria ou prática; (3) conflitos entre os conceitos estabelecidos e a atuação encontrada na prática clínica; e (4) necessidade de conceitos novos ou mais efetivos para caracterizar experiências clínicas. Considerando o cenário da RL apresentado até o momento no estudo, acredita-se que o conceito de RL está perpassado pela ocorrência das situações um, dois e quatro.

Ainda segundo o mesmo autor, se após a análise de um conceito, a partir de revisão teórica baseada na literatura científica, evidenciar-se a insuficiência de dados ou a falta de clareza do mesmo, os métodos de desenvolvimento de conceitos deverão ser empregados (Rodgers, 2000; Rodgers, Knafl, 2000).

Um aspecto importante na análise e desenvolvimento de um conceito refere-se à relevância da proposta quanto à importância para a prática. No caso deste estudo, a relevância está posta diante da necessidade de se promover reflexões acerca dos processos de RL que considerem a saúde do sujeito e as características do trabalho como elementos centrais, podendo se configurar, de fato, como ação/intervenção de promoção à saúde no contexto do trabalho e não desarticulado deste.

Acredita-se que sem a compreensão clara sobre o conceito de restrição laboral, os processos de designação da mesma ficam permeados por decisões arbitrárias dos envolvidos, sem a existência de um denominador comum, que seria o conceito norteador.

Deste modo, considerado o amplo panorama apresentado, o estudo e compreensão dos processos de designação e do conceito de RL se constituem como tema de grande relevância para a saúde dos trabalhadores.

1.4 A transversalidade do trabalho no contexto da restrição laboral

O tema trabalho perpassa os elementos do macro e micro contexto da restrição laboral, sendo eles a reabilitação profissional, o retorno e a permanência no trabalho. Configura-se como termo aglutinador no conjunto dessas temáticas. No entanto, sua concepção teórica, ou seja, a conceituação que se tem sobre trabalho não é frequentemente explicitada e sequer uniforme nesses contextos.

Assim, faz-se relevante nesse momento o apontamento de conceitos centrais da perspectiva teórica que embasa a compreensão do Trabalho no contexto desse estudo.

Destacando o trabalho, o trabalhar e seus elementos constitutivos, as bases teóricas estruturantes dessa pesquisa pautam-se em dois principais referenciais: a Psicodinâmica do Trabalho (PDT) e a Ergonomia da Atividade Humana (EAH).

Ambas as teorias não abordam em seus conceitos a restrição laboral ou o retorno ao trabalho, mas apontam para importantes relações entre trabalho e saúde. Serão os referenciais teóricos desse estudo pois tratam de aspectos essenciais do trabalho e do trabalhar, tais como: organização e condições de trabalho, trabalho prescrito e trabalho real, conteúdo e situação de trabalho, construção identitária, reconhecimento no trabalho, cooperação, saber-fazer do trabalhador, entre outros. Tais aspectos são permeados, influenciando e sendo influenciados, pela situação de restrição laboral do trabalhador, tanto em sua designação, quanto na vivência cotidiana da mesma.

Para o entendimento do Trabalho têm-se como base os princípios norteadores da Ergonomia da Atividade Humana, destacando-se preceitos de obras de Wisner e Guérin. A Ergonomia, ao se considerar a etimologia do termo a partir de seus dois radicais: *ergon* e *nomos*, se designa uma ciência do trabalho (Guérin et al., 2001).

Nos anos de 1970, Alain Wisner, na escola franco-belga da Ergonomia, propôs a inversão da concepção vigente até o momento, afirmando que não se trata de adaptar o homem ao trabalho, mas o trabalho ao homem (Abrahão et al., 2009; Molinier, 2013a). Nesse contexto, a referida escola tem a atividade de trabalho como cerne de seus estudos (Guérin et al., 2001).

A EAH, na tentativa de buscar uma síntese entre os diversos aspectos humanos com relação ao trabalhar, estuda o ser humano em situação de trabalho, utilizando metodologias e teorias voltadas para a compreensão da ação, do fazer. Entende o trabalho como um processo dinâmico, inter e

intraindividual e permeado pelas variabilidades das atividades (Guérin et al., 2001; Sznclwar et al. 2004; Abrahão et al., 2009).

Além disso, prioriza o levantamento e a análise de dados qualitativos do trabalho e da situação real de trabalho. Apresenta a existência e conceitua a diferenciação entre *tarefa* e *atividade*, ou seja, *trabalho prescrito* e *trabalho real*¹² (Abrahão et al., 2009).

- A compreensão de Trabalho

A Ergonomia da Atividade Humana, segundo Guérin et al. (2001. p.15), concebe o trabalho como ‘unidade da atividade de trabalho, das condições reais e dos resultados efetivos dessa atividade’. Não há como dissociar esses elementos quando se busca conhecer e compreender o trabalho.

Apresenta os conceitos de *tarefa* e *atividade* como eixo estruturante da compreensão sobre trabalho.

A *tarefa* trata-se daquilo que é prescrito ao trabalhador, sendo composta pelos objetivos do trabalho e condições para sua realização. Configura-se, portanto, como algo externo ao trabalhador, no sentido de imposto a este. É também denominada de *trabalho prescrito* (Guérin et al., 2001; Abrahão et al., 2009).

A tarefa mantém, evidentemente, uma relação estreita com o trabalho através das condições e resultados deste. Mas essa relação é a do

¹² Os termos, quando apresentados com destaque em itálico, referem-se a categorias centrais nas Teorias aqui apresentadas.

objetivo à realidade: as condições determinadas não são as condições reais, e o resultado antecipado não é o resultado efetivo. Essa é uma primeira razão pela qual a tarefa não deve ser confundida com o trabalho.

Mas existe uma segunda razão mais fundamental: fica faltando a atividade de trabalho, ou seja, a maneira como os resultados são obtidos e os meios utilizados (Guérin et al., 2001. p.14).

O trabalho prescrito é aquilo que foi planejado para ser feito, caracterizado como um conjunto de prescrições do que deve ser realizado, conforme determinadas normas e padrões previamente acordados e utilizando-se de determinados instrumentos de trabalho (Guérin et al., 2001; Abrahão et al., 2009).

Assim, segundo Guérin et al. (2001), é importante distinguir claramente três diferentes apontamentos:

A tarefa como resultado antecipado fixado em condições determinadas;

A atividade de trabalho como realização da tarefa;

O trabalho como unidade da atividade de trabalho, das condições reais e dos resultados efetivos dessa atividade (Guérin et al., 2001. p.15).

Chega-se, então, à *atividade* também denominada de *trabalho real*. A atividade é a realização daquilo que foi prescrito, portanto, da tarefa. Dá-se no encontro entre o que foi previsto de ser realizado e a realização de fato. Pode ser entendido como aquilo que o trabalhador faz, como ele realiza o conjunto de prescrições que lhe foi dado, considerando suas ações e decisões e o uso que faz de si mesmo (Guérin et al., 2001; Abrahão et al., 2009).

Desenvolve-se em decorrência do enfrentamento do novo, que surge na realização daquilo que foi previsto, transcendendo as condições dadas para se alcançar os objetivos previamente preconizados. Desse modo, é tida como resposta aos constrangimentos determinados pelos imprevistos inerentes ao trabalho (Guérin et al., 2001; Molinier, 2013a,b).

A defasagem entre o prescrito e o real é um elemento central que organiza e estrutura os componentes da *situação de trabalho*. A atividade é um dos principais elementos da variabilidade intrínseca das situações de trabalho (Guérin et al., 2001).

Toda atividade é, a cada instante, um compromisso a ser realizado entre uma intenção inscrita em uma história e um projeto, e solicitações e constrangimentos exógenos, provenientes do ambiente material e relacional [...] e, endógenos, provenientes do estado fisiológico e psicológico não estável (Molinier, 2013a. p.88).

O trabalho é composto de tarefa e atividade, sendo o foco central do estudo na EAH: a atividade de trabalho.

O trabalho pode ser definido como o conjunto das atividades realizadas por homens e mulheres para fazer frente ao que não é dado pela organização prescrita do trabalho (Davezie, 1993¹³ apud Molinier, 2013a. p.88).

No estudo das relações saúde-trabalho essa corrente teórica compreende que o trabalho e seus efeitos no processo de adoecimento não podem ser reduzidos somente aos aspectos biomecânicos, ambientais, físicos, químicos, biológicos ou cognitivos, que são geralmente denominados

¹³ Philippe D. Éléments de psychodynamique du travail. Education Permenente. N.116; 1993. p.33-46

“condições de trabalho”. Assim, deve-se, também, considerar a “dimensão organizacional do trabalho”, isto é, a divisão de tarefas e as relações de produção, ou ainda, as relações sociais decorrentes do trabalho (Guérin et al., 2001; Abrahão et al., 2009).

Nessa perspectiva, compreender o trabalho pressupõe como aspecto central conhecer as estratégias usadas pelo trabalhador para operacionalizar o distanciamento entre prescrito e real do trabalho (Guérin et al., 2001; Molinier, 2013a).

Segundo Guérin et al. (2001), o trabalho possui duas dimensões estruturantes: a *dimensão pessoal* e a *sócio-econômica*.

A *dimensão pessoal* se expressa concretamente nas estratégias utilizadas pelos trabalhadores para realizar sua tarefa. O resultado dessa realização, ou seja, a atividade desenvolvida por um trabalhador será sempre singular, seja na produção de um objeto ou serviço (Guérin et al., 2001).

Trata-se de importante dimensão do trabalho para o trabalhador na medida em que sua realização fornece sentido e significado a ação realizada.

Logo, para o indivíduo:

[...] O significado de sua atividade, ao concretizar-se no resultado, impregna de sentido sua relação com o mundo, fator determinante da construção de sua personalidade e de sua socialização. Trabalhar não é somente ganhar a vida; é também e sobretudo ter um lugar, desempenhar um papel. Desse ponto de vista ter um trabalho no qual as possibilidades de investimento pessoal são exíguas não deixa de ter consequências graves (Guérin et al., 2001. p.18).

Já a *dimensão sócio-econômica* é a que transforma a atividade humana em atividade de trabalho, ou seja, a atividade de trabalho resultará da inserção da atividade humana em determinada organização social e econômica de produção. Será o reconhecimento social e econômico da ação realizada pelo(s) trabalhador(es) que a irá configurar como trabalho (Guérin et al., 2001).

Considera-se que o resultado da atividade é social, pois o que é produzido resulta da atividade coordenada de vários operadores. No entanto, esse caráter social do trabalho é inseparável de sua dimensão econômica, uma vez que 'os objetos e serviços produzidos são reconhecidos como resultados de um trabalho somente se podem ser vendidos no mercado' (Guérin et al., 2001. p.20).

Assim, todo trabalho é composto, concomitantemente, pela dimensão pessoal e sócio-econômica e 'as dificuldades encontradas pelos trabalhadores nas instituições empregadoras residem na articulação entre esses dois termos. O lugar onde se dá essa articulação é a *situação de trabalho*' (Guérin et al., 2001. p.24).

- O trabalhar, a cooperação e o reconhecimento no trabalho

A Psicodinâmica do Trabalho, que tem como principal idealizador Christophe Dejours, direciona-se para o estudo do sujeito em situação de trabalho e para o *trabalhar*, relação indissociável entre o sujeito e o trabalho. Busca compreender os processos subjetivos vivenciados pelos mesmos e suas

implicações junto à saúde, abordando entre outros aspectos a construção identitária e o sofrimento no trabalho (Dejours, 2011a,b; 2012a,b).

A PDT baseia-se no conceito de trabalho oriundo da Ergonomia, no que tange ao prescrito e ao real. Destaca que o trabalhador não é um instrumento ou recurso a mais no processo produtivo, e sim sujeito, detentor de saberes, desejos e estratégias para fazê-lo acontecer (Sznclwar, et al., 2011; Dejours, 2012a).

Nessa perspectiva teórica, o sujeito, no trabalhar, transcorrerá cotidianamente o distanciamento existente entre o *prescrito* e o *real*. Serão seus 'gestos, o saber-fazer, o engajamento do corpo, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, de interpretar e de reagir a diferentes situações; o poder de sentir, de pensar, de inventar' que construirão o trabalho real (Dejours, 2012a. p.24).

O trabalho define-se como o que o sujeito deve acrescentar às prescrições para poder alcançar os objetivos para os quais foi designado; ou ainda, o que o trabalhador deve acrescentar de si para fazer frente ao que não dá certo quando ele se atém escrupulosamente à execução das prescrições (Dejours, 2012a. p.25).

Assim, o trabalho é considerado como elemento central na vida adulta dos sujeitos, configurando-se como atividade de grande destaque nessa fase, tanto do ponto da construção da identidade, quanto da saúde. Será prioritariamente no trabalho e por meio dele que o sujeito estabelecerá interações sociais na fase adulta, constituindo suas relações interpessoais (Lancman e Uchida, 2003; Dejours, 2011a, 2012b; Sznclwar et al., 2011).

No que se refere à construção da subjetividade dos sujeitos, o trabalho se constitui como importante espaço de produção, construção identitária, relações interpessoais e trocas sociais. Sendo, portanto, compreendido como conjunto de ações, atividades e engajamento pessoal dos sujeitos para viabilizar a execução das prescrições que são impostas pela organização do trabalho, pensadas por quem o planeja (Sznelwar et al., 2011; Lancman et al. 2013b).

O trabalho é ao mesmo tempo individual e coletivo. Esse coletivo será composto pelos sujeitos e, portanto, pela mobilização de suas inteligências individuais. Por conseguinte, um trabalho coletivo somente será possível de existir na ‘reunião das inteligências singulares para inscrevê-las em uma dinâmica coletiva comum’ (Dejours, 2012b. p.79).

No âmbito individual teremos o trabalho prescrito e o real. Já na esfera do coletivo, o trabalho prescrito será dado pela *coordenação* do trabalho, mas o trabalho real (ou efetivo) existirá na construção da *cooperação*. Os *modus operandi*¹⁴ individuais precisarão ser expostos e compreendidos pelos demais para que se construa a cooperação (Dejours, 2012b).

‘A cooperação entre colegas pressupõe, antes de tudo, que cada trabalhador compreenda e conheça a maneira como os outros, seus colegas, trabalham’ (Dejours, 2012b. p.80).

¹⁴ Refere-se ao ‘caminho traçado por uma inteligência particular, um *modus operandi*’ (Dejours, 2012b. p.80).

Assim, a *cooperação* está diretamente relacionada ao fazer. Sua existência pauta-se nas ligações entre os sujeitos com o objetivo de juntos trabalharem. Ou seja, no *trabalhar*, os sujeitos produzem ligações entre si, dentre elas ligações de *cooperação*, com o objetivo de juntos desenvolverem uma atividade específica (Dejours, 2012a,b).

Na construção e manutenção da *cooperação*, a confiança trata-se de um elemento que ganha destaque (Dejours, 2012b).

Há no trabalho o estabelecimento de ligações do trabalhador com outros trabalhadores que por vezes ele não concorda ou não tem opinião consonante, pois tais ligações se dão pelo objetivo comum do real do trabalho e pelo reconhecimento de competências em relação ao fazer e não ao ser (modo de ser) de cada sujeito (Dejours, 2012b). Essas ligações e acordos que são gerados com o *objetivo instrumental* de conseguir produzir juntos são chamados de '*deontologia do fazer*'.

Posso trabalhar com uma pessoa que não gosto pela única razão de reconhecer-lhe competências no registro do fazer e não por suas qualidades no registro do ser. O que conta aqui, não é a libido ou o amor, mas a estima e a confiança em relação ao respeito comum às regras do trabalho e da postura moral (etos profissional) quanto ao real do trabalho (Dejours, 2012b. p.95-6).

Conforme o mesmo autor, "se os indivíduos se engajam na deontologia do fazer é porque eles esperam obter resultados no registro da *proteção de si* e da *realização de si mesmo*" (Dejours, 2012b. p.98). *Proteção de si* uma vez que a deontologia do fazer é um meio de negociar as condições favoráveis de luta pela preservação da identidade; e *realização de si mesmo*, na medida em que

a deontologia do fazer é um elo essencial na busca pelo reconhecimento (Dejours, 2012b).

Outro aspecto importante nessa teoria trata-se da cooperação. Essa decorre da vontade dos sujeitos de trabalharem juntos e desenvolverem coletivamente formas de superar as contradições intrínsecas a organização do trabalho (Dejours, 2011a).

A existência da cooperação pressupõe ligações de convivência e de civilidade entre aquele coletivo, construindo e pautando-se, concomitantemente, nos compromissos e acordos que são constantemente negociados entre os indivíduos que o compõem. “É sem dúvida aqui que reside a força extraordinária do trabalho em relação à socialização: *tornar possível a cooperação dos egoísmos na concórdia*” (Dejours, 2012b. p.98 – grifo do autor)

Assim, não é algo determinado a priori, mas sim dependente e decorrente da formação de ‘uma vontade coletiva’ (Dejours, 2011a. p.80)

No cotidiano, o confronto com os constrangimentos decorrentes da vivência do real do trabalho geram sofrimento ao trabalhador, sendo esse considerado como algo inerente ao trabalho. Tal sofrimento poderá ser ou não patogênico a depender dos espaços organizacionais e das possibilidades de transformação que esse trabalho permite. Soma-se a isso as estratégias de defesa desenvolvidas pelo trabalhador contra tal sofrimento, as *estratégias defensivas* (Sznclwar et al., 2011; Dejours, 2011b, 2012a,b; Lancman et al., 2013b).

Faz-se importante destacar a compreensão do “*trabalhador-sujeito: aquele que pensa, sente, tem opiniões, diversifica suas atividades e, necessariamente, precisa ser criativo*” (Lancman, et al., 2013b. p.28).

No que tange a gênese e ao percurso do sofrimento no trabalho tem-se que, por vezes, no dia-a-dia do trabalho o trabalhador confronta-se com situações desconhecidas e que não sabe como proceder (Dejours, 2011b, 2012b; Lancman et al., 2013b).

O contato com o novo e desconhecido desencadeia sentimentos de desafio, insegurança e também frustração. Tais sentimentos se configuram, a princípio, como obstáculo à realização daquela determinada tarefa solicitada, gerando sofrimento. Nesse contexto, se não houver a possibilidade de um enfrentamento criativo dessa realidade e a realização da atividade, haverá a resignificação do sofrimento vivenciado resultando em prazer no trabalho (Dejours, 2011b; Lancman et al., 2013b).

Assim,

[...] Discriminar o sofrimento em criativo e patogênico não significa dizer que são sofrimentos diferentes, mas sim destinos diferentes para o mesmo sofrimento. Sofrimento que mobiliza criação gera prazer e estrutura psiquicamente o sujeito; sofrimento que gera patologia significa que houve a desconstrução das defesas que sustentavam o sujeito numa situação de normalidade (Lancman et al., 2013b. p.29).

Acompanhando esse recorrente e dinâmico processo prazer-sofrimento no trabalho tem-se um elemento de suma importância: o *reconhecimento*.

O reconhecimento se dá por meio de um agente externo ao sujeito, ou seja, o outro. Deste modo, será pelo olhar e interação com o outro que o

enfrentamento vivenciado pelo sujeito e seu *saber-fazer* como trabalhador serão ou não reconhecidos e validados como importante (Dejours, 2012b; Molinier, 2013e).

Considera-se, portanto, a existência de uma *mobilização subjetiva* dos sujeitos para a realização do trabalho. Esta é tida como frágil na medida em que, por se tratar de uma contribuição, sua manutenção pauta-se na existência de uma retribuição; constituindo assim a dinâmica: *contribuição – retribuição* (Dejours, 2012b; Molinier, 2013e).

A retribuição poderá ocorrer na forma de um reconhecimento ‘direto’ de seu investimento, mas também na forma de não sistemática rejeição ou anulação das iniciativas e do desejo de contribuir desse sujeito (Dejours, 2012b).

O *reconhecimento* trata-se de uma retribuição de natureza simbólica, ou seja, feita no trabalho e por seus constituintes. Poderá decorrer de dois *juízos*: *utilidade* e *beleza*. O *juízo de utilidade* é proferido na linha vertical, ou seja, feito pelas hierarquias superiores e inferiores (chefias e subordinados) e pelos clientes. Já o *juízo de beleza* acontece na horizontal, pelos pares de trabalho, colegas de profissão ou membros da equipe (Dejours, 2011b, 2012b; Molinier, 2013e).

Destaca-se que o *juízo* é sempre realizado pelo outro, pelo externo a si e se remete ao trabalho realizado. Trata-se do *juízo* direcionado ao fazer e não ao sujeito em si. Assim, “os *juízos* de beleza e

de utilidade são mensagens endereçadas pelos outros, no teatro das relações sociais de trabalho” (Dejours, 2012b. p.106).

No entanto, esse reconhecimento da qualidade do trabalho tem impactos na questão identitária do sujeito na medida em que:

a retribuição simbólica conferida pelo reconhecimento pode fazer sentido em relação às expectativas subjetivas quanto a realização de si mesmo. Mas a sequência é aqui capital: reconhecimento de fazer, em primeira instância, gratificação identitária a seguir. (Dejours, 2012b. p.106-7).

O reconhecimento tem, portanto, impacto direto no sofrimento no trabalho. Se a dinâmica do reconhecimento está paralisada não há a transformação do sofrimento em prazer, podendo resultar em condição patogênica no trabalho que pode gerar descompensação psíquica ou somática (Dejours, 2011b, 2012b).

Por fim, retoma-se a importância da *cooperação* como estratégia de mobilização coletiva, representando uma maneira de agir de um grupo de trabalhadores para resignificar o sofrimento, fazer a gestão das contradições do contexto de trabalho e transformar em fonte de prazer a organização do trabalho (Dejours, 2011b, 2012b; Lancman et al., 2013b).

Conforme referido no início da presente seção, as conceituações teóricas aqui apresentadas não tratam diretamente da restrição laboral e sequer há uma teoria que o faça. Assim, a apresentação de conceitos centrais dos referenciais teóricos apontados objetiva contextualizar a compreensão do presente estudo acerca do Trabalho e suas relações intrínsecas.

JUSTIFICATIVA

2 JUSTIFICATIVA

Os processos de adoecimento, que possuem ou não relação direta com o trabalho, podem resultar em perdas no que tange a capacidade laborativa do trabalhador.

Quando ocorre a diminuição dessa capacidade, faz-se necessário o replanejamento das atividades laborais considerando as condições do trabalhador. Esse poderá ocorrer por via de mudança de função ou da designação de restrições laborais na(s) função(ões) já exercida(s) anteriormente. Assim, a designação de restrição laboral deveria ser concebida tendo por foco a preservação da saúde do trabalhador, um aspecto essencial dessa ação.

Ademais, deveria, ao mesmo tempo, considerar a multiplicidade de fatores que compõem o trabalho e ser mais um elemento deste. Quando designada, a RL passará a compor no cotidiano do trabalhador restrito e também dos pares de trabalho e da chefia. No entanto, pouco se conhece sobre o impacto dessa na organização do trabalho e nas relações interpessoais naquele dado setor ou grupo.

Outro aspecto ainda incipiente é a compreensão de que: a depender da forma como for definida, a RL resultará em mecanismo de proteção e promoção da saúde do trabalhador ou, ao contrário, de exposição de sua

condição de saúde e limitações. Essas perspectivas poderão gerar impactos positivos ou negativos nas relações interpessoais, com acolhimento ou rejeição da situação pelos colegas de trabalho e chefia.

Além disso, a não definição legal de responsabilidade pela RL resultará, por consequência, na não delimitação de quem são os responsáveis pela determinação e pertinência da mesma. Um novo questionamento compõe o cenário: quem designa RL ao trabalhador?

O conteúdo de algumas restrições aguça esse questionamento e evidencia paradoxos, como, por exemplo, a existência de restrição laboral de manuseio de peso zero para um trabalhador independente, por vezes, de sua atividade laboral. Quando esse tipo de situação surge, traz consigo as contradições que permeiam a designação da RL.

Novas e densas questões emergem, tais como: Como realizar alguma atividade de trabalho com peso zero? Com a proibição de pegar, transportar, elevar, movimentar qualquer peso é possível trabalhar, sendo que o deslocamento residência-trabalho também faz parte da possibilidade ou impossibilidade do trabalhador agir?!? A RL precisa ou não considerar as condições do trabalho? Ao se considerar o trabalho prescrito tem-se elementos suficientes para a definição da RL?? É possível designar uma RL que impede o trabalhador de exercer qualquer atividade de trabalho? Por que indicar o retorno ao trabalho? Como proceder nesses casos?

Nesse contexto e sabendo-se que a restrição laboral é uma realidade constante no mundo no trabalho, conhecer os elementos que a definem, a

vivência dos sujeitos envolvidos nessa realidade, consolidar a importância e o modo de comprometimento dos mesmos, o processo de designação e o conceito de RL se faz relevante para a saúde do trabalhador.

A compreensão e reflexão acerca dos aspectos estruturantes do conceito e do processo de designação e vivência da RL poderão auxiliar na construção de novas propostas para a determinação da mesma. Pode-se, assim, contribuir com a permanência desse trabalhador na situação de trabalho, promovendo sua saúde e prevenindo agravos.

Além disso, o presente estudo também pretende auxiliar na compreensão da importância da RL nas situações e relações de trabalho.

Portanto, faz-se relevante a pesquisa em RL, que na atualidade é pouco debatida em produções científicas nacionais e internacionais e nas políticas públicas existentes na área de Saúde e Trabalho no Brasil. As políticas públicas de saúde do trabalhador e previdenciária e as produções científicas abordam o tema da incapacidade, da reabilitação profissional e do retorno ao trabalho, mas não tecem aprofundamentos teóricos acerca da restrição laboral.

OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Compreender os elementos constitutivos do conceito de restrição laboral e os aspectos envolvidos na definição e efetivação da mesma, em um determinado contexto.

3.2 Objetivos específicos

- I. Elucidar os elementos centrais dos antecedentes, atributos e consequências do conceito de RL;
- II. Refletir acerca da conceituação da RL;
- III. Conhecer os fatores envolvidos e os determinantes no processo de designação da restrição laboral;
- IV. Refletir acerca das responsabilidades e potencialidades da equipe de saúde do trabalhador na qualificação e efetivação da restrição laboral e suas implicações;
- V. Refletir acerca da participação, compreensão e significação dos trabalhadores e das dinâmicas envolvidas na vivência do processo de qualificação e efetivação da restrição laboral.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

4 ASPECTOS METODOLÓGICOS

*Na pesquisa qualitativa, o objeto de pesquisa,
é ao mesmo tempo, um ponto de partida
e um ponto de chegada.
(Deslauriers e Kerisit)*

A presente tese se insere no campo da pesquisa qualitativa, configurando-se como estudo de caso. A proposta teórico metodológica adotada foi o Modelo Híbrido de Desenvolvimento de Conceitos (MHDC).

Tal escolha teórico-metodológica deveu-se a possibilidade de reconfigurar um conceito, pautado na discussão de elementos centrais de uma situação específica, em diálogo com a literatura acerca do tema em estudo. A referida metodologia permite discutir uma situação real de restrição laboral, transcendendo-a na construção de um conceito (Knafl, Deatrick, 2000; Rodgers, 2000; Rodgers, Knafl, 2000; Pettengill, 2003; Poles e Bousso, 2004; Poles, 2008).

No que tange aos dados de pesquisa, a compreensão do campo e do processo de coleta de dados, no MHDC, se pauta na teoria do Interacionismo Simbólico (IS) (Mendonça, 2002; Lopes, Jorge, 2005; Carvalho et al., 2007; Carvalho et al., 2010b).

Ademais, a análise dos achados, ou seja, do material coletado junto ao campo de pesquisa foi realizada segundo os princípios da técnica de Análise de Conteúdo (Bardin, 2011).

Buscando apresentar os referenciais teóricos de sustentação da metodologia adotada no estudo e os procedimentos desenvolvidos na realização do mesmo, o presente capítulo está estruturado em três seções. A primeira compreende os pressupostos teóricos da escolha metodológica do estudo.

A segunda seção descreve os procedimentos desenvolvidos conforme as fases preconizadas no MHDC. Nesta seção apresenta-se a contextualização do campo e da população que compõem a fase empírica. Por fim, a terceira seção condensa os aspectos éticos desse estudo.

4.1 Pressupostos teóricos do referencial metodológico adotado no estudo

4.1.1 Apontamentos sobre a pesquisa qualitativa

Segundo Minayo (2010, 2012), a pesquisa qualitativa busca compreender o universo dos significados das ações e das relações humanas, contemplando aspectos particulares de uma dada realidade e buscando a

apreensão mais aprofundada das relações, fenômenos e processos vivenciados pelos sujeitos.

‘Sob uma perspectiva holística e interpretativa, o pesquisador qualitativo busca conhecer o real em função de uma problemática relacional que se insere em um contexto determinado’ (Deslauriers, Kèrisit, 2012. p.150).

Por conseguinte, as abordagens qualitativas não têm como pressuposto apenas conhecer o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas, procurando compreender o que representam para as mesmas (Turato, 2005; Stake, 2011).

Trata-se de investigações que se utilizarão, principalmente, da compreensão e percepção da vivência dos sujeitos frente ao objeto que está sendo investigado (Flick, 2009; Minayo, 2010, 2012). Parte-se da noção de construção social das realidades em estudo e interessa-se pela perspectiva dos participantes, em suas práticas e conhecimentos cotidianos relativos ao objeto em estudo (Flick, 2009).

O objeto de estudo da pesquisa qualitativa é, por excelência, a ação interpretada, simultaneamente, pelos sujeitos da pesquisa e pelo pesquisador (Flick, 2009; Stake, 2011; Deslauriers, Kèrisit, 2012).

Em síntese, como apresenta Laperrière (2012):

As abordagens qualitativas buscam garantir a exatidão e a pertinência da ligação entre interpretações e observações empíricas, restituindo ao *sentido* seu lugar central na análise dos fenômenos humanos, pela consideração do papel da *subjetividade* na ação humana, e a *complexidade* das influências que ela sofre no *contexto natural* (Laperrière, 2012. p.429 – grifo do autor).

No universo da pesquisa qualitativa, Yin (2005) e Stake (2011) referem que o estudo de caso é um estudo exploratório, de caráter empírico e que investiga um fenômeno atual. Configura-se em um estudo situacional na medida em que o campo de investigação é tido como contexto único, com características particulares e temporalidade determinada.

Na pesquisa qualitativa, por vezes, o objetivo da análise dos dados é produzir uma construção teórica. Essa propõe, então, categorias analíticas e um esquema explicatório das inter-relações dos elementos observados, além de permitir conceituar novamente o campo de investigação, deslocando os entornos do objeto de pesquisa (Deslauriers, Kèrisit, 2012).

Ainda segundo Stake (2011), nas abordagens qualitativas, o pesquisador se configura como um importante elemento, sendo necessária postura investigativa e ética por parte do mesmo, evitando intromissões junto aos sujeitos e situações estudadas.

No campo da pesquisa qualitativa, Knalf e Deatrck (2000) e Rodgers (2000), apresentam o referencial teórico-metodológico do Modelo Híbrido de Desenvolvimento de Conceitos. A seguir serão destacados seus princípios centrais.

4.1.2 O Modelo Híbrido de Desenvolvimento de Conceitos

A proposta teórico-metodológica desse modelo pontua a relevância da (re)construção de conceitos e enfatiza o caráter de aprimoramento dos mesmos a partir de um contexto determinado (Goulding, 1998; Schwartz-Barcott, Kim, 2000; Morse, 2004).

Assim, ao invés de buscar eliminar os ‘efeitos do contexto’, que segundo Pfohl (1978) e Mishler (1986)¹⁵ apud Poupart (2012. p.244) podem ser um ponto crítico na pesquisa qualitativa, o referencial teórico do MDHC destaca a existência de um contexto e a relevância de que os conceitos possam ser aprimorados nos vários cenários existentes, para que se possa ter ganhos qualitativos na definição e usabilidade do mesmo.

Pautado no Interacionismo Simbólico, o MHDC é entendido como metodologia interpretativista de pesquisa. Considera, nessa perspectiva, que ‘os discursos são indissociáveis de seu contexto de produção e de enunciação’ (Poupart, 2012. p.235). Busca, portanto, compreender a realidade a partir dos significados atribuídos pelos indivíduos às suas experiências (Goulding, 1998; Schwartz-Barcott, Kim, 2000; Morse, 2004; Poles, 2008).

Na perspectiva teórica o desenvolvimento de conceitos implica na exploração dos atributos, antecedentes e consequências do mesmo (Schwartz-Barcott, Kim, 2000).

¹⁵ Pfohl, S.J. *Predicting Dangerousness*. Toronto: Lexington Books, 1978.
Mishler, E.G. *Research Interviewing: Context and Narrative*. Cambridge (Mass.): Harvard University Press, 1986.

Na perspectiva metodológica, propõe-se a interlocução entre a análise teórica decorrente da revisão da literatura e a pesquisa de campo contextualizada de um conceito, para a (re)definição do mesmo ou a identificação de lacunas conceituais que poderão direcionar o desenvolvimento de novas pesquisas e aprofundamentos científicos (Schwartz-Barcott, Kim, 2000; Poles, 2008).

Na definição de um conceito, os atributos são as palavras e expressões utilizadas, com frequência, para descrever as características do mesmo. Quanto mais claro for o conceito, quer dizer, a expressão de seus *atributos essenciais*, mais ampla será a compreensão entre aqueles que o utilizam (Rodgers, Knafl, 2000; Schwartz-Barcott, Kim, 2000).

Já os antecedentes referem-se às situações, eventos ou fenômenos que precedem o conceito estudado. Auxiliam na compreensão do contexto social no qual o conceito é geralmente utilizado, além de favorecerem seu refinamento (Schwartz-Barcott, Kim, 2000).

Por fim, as consequências do conceito dizem respeito a eventos ou situações resultantes da utilização do mesmo. Portanto, a definição das consequências somente é possível após a exploração do conceito em sua manifestação prática (Rodgers e Knafl, 2000).

Visando nortear a (re)construção de conceitos, o MHDC estrutura sua metodologia de pesquisa em fases, não sequenciais e sim interconectadas.

Propõe a realização de três fases, sendo elas: Fase1- Fase Teórica¹⁶, Fase2- Fase de Campo e Fase3- Fase Analítica Final (Morse, 2000; Bousso et al., 2009).

Como pressuposto metodológico, o Modelo preconiza que “coleta, codificação e análise dos dados são elementos interligados de modo inextricável” (Deslauriers, 2012. p.349).

Os objetivos, procedimentos e recursos metodológicos previstos em cada fase do Modelo são elucidados a seguir.

- Fase 1: Fase Bibliográfica

A Fase Bibliográfica (Fase1) busca elucidar a compreensão já existente dos atributos e da definição do conceito, partindo da revisão bibliográfica na literatura (Rodgers, 2000).

Conforme Cellard (2012), o documento escrito é fonte importante de informações sobre um objeto de estudo e se configura como uma possibilidade de dados complementares e externos ao pesquisador sobre o estado da arte do referido objeto que se pesquisa.

Assim, a revisão bibliográfica desempenha papel, ao mesmo tempo, estratégico e teórico por permitir e exigir um aprofundamento do campo de investigação do pesquisador. Amplia o escopo de conhecimento científico do

¹⁶ A Fase1 – Fase Teórica proposta no Modelo Híbrido de Desenvolvimento de Conceitos será na presente tese intitulada de Fase Bibliográfica. Destaca-se que não há alterações em sua proposição teórico metodológica, somente na nomenclatura da mesma.

mesmo e serve de base ou corrobora com perspectivas a respeito da temática a ser pesquisada (Deslauriers, Kèrisit, 2012).

Após o levantamento dos dados, o pesquisador realiza a codificação dos mesmos, identificando e compondo categorias na construção dos elementos centrais dos *antecedentes*, *atributos* e *consequências*¹⁷ do conceito em estudo.

Realiza-se, também, a análise crítica da literatura, comparando e contrastando as definições existentes e dando visibilidade para seus elementos centrais (Rodgers, 2000).

- Fase 2: Fase de Campo

Na Fase de Campo (Fase2), que se sobrepõe à primeira fase, é enfatizado o componente empírico do processo de (re)construção do conceito. Objetiva-se o estudo da manifestação prática do mesmo (Rodgers, 2000).

Bousso et al. (2009) destacam que os achados empíricos podem levar à redefinição ou refinamento dos conceitos existentes, considerando, como elemento de destaque, o dinamismo e variações dos mesmos de acordo com o contexto em que se manifestam.

Para o desenvolvimento desta fase deve-se privilegiar situações onde o conceito é relevante e o pesquisador pode clarificar os elementos centrais do mesmo (Schwartz-Barcott, Kim, 2000).

¹⁷ Os termos Antecedentes, Atributos e Consequências serão destacados em itálico quando fizerem menção aos eixos que constituem um conceito.

Os métodos qualitativos de pesquisa, quando utilizados no desenvolvimento de conceitos, proporcionam a incorporação das experiências e significados atribuídos a determinadas situações para a compreensão do conceito contextualizado (Poles, 2008).

Assim, a obtenção dos dados empíricos pressupõe a utilização de procedimentos qualitativos, destacando, dentre eles, a entrevista como recurso principal. Ademais, os dados coletados devem ser analisados de acordo com a perspectiva metodológica de análise de dados qualitativos adotada no estudo. Esta, ao ser definida, deverá ser clarificada no mesmo (Poles, 2008; Bousso et al., 2009).

Os achados dessa fase compõem a percepção da definição e dos atributos centrais do conceito no contexto estudado (Schwartz-Barcott, Kim, 2000; Bousso et al., 2009).

Cabe destacar que a Fase de Campo da presente tese teve a entrevista como recurso de coleta de dados empíricos e a Análise de Conteúdo como técnica de análise dos mesmos. Tem-se, a seguir, breves apontamentos teóricos do instrumento de coleta e de análise dos dados.

- A entrevista qualitativa como estratégia de coleta de dados empíricos: breve apontamento teórico

A entrevista, segundo Godoi e Mattos (2010) e Poupart (2012), trata-se de um importante evento de intercâmbio dialógico na pesquisa de campo

qualitativa. É considerada como “um meio de dar conta do ponto de vista dos atores sociais e de considerá-lo para compreender e interpretar as suas realidades” (Poupart, 2012. p.216).

Segundo Poupart (2012), o informante, seja ele indivíduo ou coletivo, é quem conhece o acontecimento, suas circunstâncias, as condições atuais e históricas, ou por tê-lo vivido ou por deter informações preciosas. Deste modo, o diálogo com esse informante ora fornecerá dados originais, ora complementarará dados já existentes de outras fontes.

O procedimento de entrevista possibilita ao sujeito entrevistado discorrer sobre determinado tema proposto, sem respostas direcionadas ou condições pré-fixadas pelo pesquisador (Britten, 2009; Flick, 2009; Godoi, Mattos, 2010; Minayo, 2010).

Conforme proposto por Godoi e Mattos (2010) e Poupart (2012), o entrevistador deve ‘estabelecer um compromisso entre a não diretividade e uma certa orientação a dar a entrevista, em função do objeto pesquisado’ (Bourdieu, 1993¹⁸ apud Poupart, 2012. p.226).

- A Análise de Conteúdo como técnica de análise dos dados empíricos: breve apontamento teórico

¹⁸ Bourdieu, P. Comprendre. In: Bourdieu, P. (org). La misère du monde. Paris: Seuil, 1993. p.903-39.

Segundo Caregnato e Mutti (2006), Mays et al. (2009) e Bardin (2011), na análise dos dados de entrevistas na pesquisa qualitativa considera-se a presença ou ausência de determinado conteúdo em um fragmento de mensagem, não sendo determinante, no entanto, a frequência do mesmo para a designação de sua importância.

Segundo Bardin (2011), na Análise de Conteúdo, o interesse não está na descrição detalhada e exaustiva dos conteúdos e sim nos aspectos que estes nos apresentarão após serem tratados. Essa análise deve permitir a compreensão crítica da comunicação, sendo imprescindível considerar que a emissão das mensagens está contida nas condições contextuais de seus produtores (Caregnato, Mutti, 2006).

O discurso e o contexto pertencem um ao outro e não devem ser desconsiderados ou separados na realização da análise (Franco, 2005; Minayo, 2012).

A Análise de Conteúdo tem como uma de suas propostas a análise por categorias temáticas. A análise categorial se dá por operações de desmembramento do texto em unidades, que formarão categorias conforme o reagrupamento dos mesmos nos temas que emergem do texto (Campos, 2004; Caregnato, Mutti, 2006; Bardin, 2011).

Para a realização da Análise Temática de Conteúdo pressupõe-se a impregnação do pesquisador pelo conteúdo do material coletado, de modo que se possa agrupá-lo em categorias temáticas que busquem apresentar sentidos

que estão implícitos, ou seja, só podem ser realçados após o processo de interpretação (Bardin, 2011).

Para iniciar o desenvolvimento da técnica de análise são propostas repetidas leituras do material de campo, com duas características principais. A primeira trata-se da leitura flutuante, visando a impregnação do pesquisador pelos conteúdos da narrativa, e a segunda, a leitura compreensiva, visando a compreensão de conjunto e apreensão das particularidades presentes na totalidade do material de campo (Schraiber, 1995; Gomes et al., 2005; Bardin, 2011). Compõem o processo de pré análise no qual serão elaborados os indicadores que fundamentarão a interpretação (Amado, 2000; Caregnato e Mutti, 2006).

Segue-se a fase de exploração do material, etapa na qual os dados são codificados a partir das unidades de registro. Faz-se necessário definir as unidades de registro ou de significação, que podem ser palavras e proposições, temas ou acontecimentos. As unidades de registro temáticas exigirão a leitura interpretativista do material (Caregnato, Mutti, 2006; Bardin, 2011).

Então, realiza-se a análise por categorização e a interpretação dos dados, tendo por base os princípios teóricos adotados no estudo (Caregnato e Mutti, 2006).

Destaca-se que a categorização é regida por seis regras fundamentais, sendo elas: exaustividade, exclusividade, homogeneidade, pertinência, objetividade e produtividade (Campos, 2004; Caregnato, Mutti, 2006; Bardin, 2011).

No processo de análise dos dados são construídas inferências, buscando-se as ideias subjacentes aos textos transcritos (Gomes et al., 2005).

Segundo Thompson (1998)¹⁹ apud Gomes et al. (2005):

enquanto os procedimentos de análise quebram, dividem, desconstroem, procuram desvelar, a interpretação caminha em um movimento de *síntese*, por meio da construção criativa de possíveis significados. Nesta etapa, além de explicar o que está sendo representado ou dito, é preciso dar conta dos conflitos intrínsecos ao próprio processo de interpretação. (Gomes et al., 2005. p.207 – grifo do autor).

Silva et al., (2005. p.70) sintetiza que

A proposta que acompanha a análise de conteúdo se refere a uma decomposição do discurso e identificação de unidades de análise ou grupos de representações para uma categorização dos fenômenos, a partir da qual se torna possível uma reconstrução de significados que apresentem uma compreensão mais aprofundada da interpretação de realidade do grupo estudado (Silva et al., 2005. p.70).

Assim, as categorias são significantes na perspectiva do pesquisador, dos dados analisados e das interpretações feitas (Amado, 2000; Caregnato, Mutti, 2006; Bardin, 2011).

- Fase 3: Fase Analítica Final

A Fase Analítica Final (Fase3) constrói a interação simultânea entre os dados, se configurando a partir do processo de sobreposição das fases

¹⁹ Thompson, JB. Ideologia e Cultura Moderna: teoria social e crítica na era dos meios de comunicação de massa. Petrópolis: Vozes, 1998.

anteriores. Nesta fase, a redação final dos resultados trata-se da interface entre os achados teóricos e do campo de pesquisa (Schwartz-Barcott, Kim, 2000; Poles, 2008).

O processo de análise final dos dados, no confronto entre o empírico e a literatura permite a identificação, descrição, clarificação e evolução do conceito em uma dada realidade (Rodgers, 2000; Poles, 2008; Morse, 2000; Poupart, 2012).

4.1.3 Interacionismo Simbólico: a centralidade do significado na compreensão do campo e coleta de dados.

O Interacionismo Simbólico se configura como aporte teórico da metodologia do estudo para a coleta e compreensão dos dados da pesquisa.

Trata-se de uma perspectiva teórica, originária na Psicologia Social, com amplas possibilidades de aplicação nos estudos da vida social. Encontra-se inserido no paradigma interpretativista, que tem como objetivo central conhecer e compreender o mundo das experiências vividas pela perspectiva ou ponto de vista daqueles que o vivem (Goulart, Bregunci, 1990; Mendonça, 2002).

Um pressuposto de destaque nessa perspectiva é que os seres humanos são atores sociais que interpretam seus papéis e desempenham ações que tenham significado para eles, construindo e compondo um mundo

de significação simbólica pautado nas interpretações de uma realidade (Mendonça, 2002; Lopes, Jorge, 2005; Carvalho et al., 2007; Carvalho et al., 2010b).

O IS traz

um lugar teórico para o sujeito social como intérprete do mundo, pondo em prática, com isso, métodos de pesquisa que privilegiam o ponto de vista desses sujeitos. O objetivo do emprego dessas abordagens é elucidar os significados que os próprios sujeitos põem em prática para construir seu mundo social' (Carvalho et al., 2010b. p.154).

A posição epistemológica no IS sustenta que as descobertas de pesquisas nessa linha não são universalmente generalizáveis e sim provedoras de conhecimentos significantes relativos a um contexto, do qual foram geradas (Mendonça, 2002).

Segundo Carvalho et al. (2010b), o interacionismo simbólico constitui uma proposta teórica que

possibilita a compreensão do modo como os indivíduos interpretam os objetos e as outras pessoas com as quais interagem e como tal processo de interpretação conduz o comportamento individual em situações específicas (Carvalho et al., 2010b. p.148).

Tem-se, em suas bases, o significado como conceito central, no qual as ações individuais e coletivas são construídas a partir da interação entre sujeitos, agindo no contexto social a que pertencem. Assim, trata-se do significado das ações nos âmbitos individual e coletivo, alicerçadas na

interação entre os atores sociais e seu contexto (Lopes, Jorge, 2005; Carvalho et al., 2007; Carvalho et al., 2010b).

O significado que a pessoa atribui a uma situação vivenciada decorre da interação e da interpretação que se faz daquela situação (Lopes, Jorge, 2005; Carvalho et al., 2010b).

Segundo Bryman (1995)²⁰ apud Mendonça (2002. p.9), três são as premissas centrais do interacionismo simbólico:

os seres humanos atuam em relação às coisas e a outras pessoas em seu ambiente baseados nos significados que essas têm para eles; o significado de tais coisas é derivado, ou surge, da interação social que a pessoa tem com seus companheiros; e estes significados são estabelecidos e modificados através de um processo interpretativo (Mendonça, 2002. p.9).

Logo, a realidade empírica existe somente na experiência humana e dela decorre e se modifica (Mendonça, 2002).

O IS constitui um referencial utilizado para *'observação do comportamento humano, com o objetivo de desvelar a ação e apreender o significado do cotidiano no qual os indivíduos interagem'* (Mattos, 2001. p.46).

Nessa perspectiva, propõe-se uma posição metodológica para o IS na qual defende-se que a compreensão do mundo se faz a partir da análise das ações e interações de seus participantes. O eixo central será os processos de interação social e o conhecimento de tais processos se baseará num conceito específico de interação que privilegia o caráter simbólico da ação social

²⁰ Bryman, A. Quantity and quality in social research. London: Routledge, 1995.

(Goulart, Bregunci, 1990; Mendonça, 2002; Carvalho et al., 2007; Carvalho et al., 2010b).

4.1.3.1 Conceitos centrais do Interacionismo Simbólico

O IS fundamenta-se em três principais pressupostos básicos: (i) a natureza humana atribui à pessoa a condição de agente da ação; (ii) a natureza de tal ação resulta de um processo de interpretação; e (iii) a atividade humana é tida como centro regulador da vida social (Carvalho et al., 2007).

Partindo-se de tais pressupostos tem-se que a pessoa, suas ações e reações, não pode ser compreendida de maneira isolada, uma vez que compõe e se recompõe no social. Assim, o self, é constantemente desenvolvido em decorrência da interação com outros seres humanos, sendo sua natureza dinâmica e não fixa (Carvalho et al., 2010b).

Dentre os conceitos centrais do IS temos: o self, a mente, o significado e as relações sociais e símbolos.

- O Self

O self é a possibilidade do indivíduo interagir não somente com o social, mas consigo mesmo enquanto objeto de ação e interação. A importância desse

conceito está relacionada com os processos de interação interna do indivíduo, ou seja, representa um processo social interiorizado no indivíduo. Apresenta duas faces: o Eu e o Mim (Lopes, Jorge, 2005; Pettengill, 2003).

O Eu é o imprevisível, a tendência impulsiva do indivíduo. Já o Mim representa o outro generalizado, ou seja, é a sociedade organizada refletida na capacidade de alguém de julgar e interpretar símbolos. O self é um processo dialético com o Eu convocando e respondendo ao Mim e vice-versa (Carvalho et al., 2010b; Mendonça, 2002).

Assim, possui um caráter dinâmico, evoluindo e se modificando conforme as mudanças nos padrões e nos conteúdos das interações que o indivíduo experiencia consigo mesmo e com os demais (Mendonça, 2002).

- A Mente e a ação

O conceito de mente remete-se a um processo mental ou atividade e não a uma entidade fisiológica, como o cérebro. Este forma a mente a partir dos símbolos e significados das interações sociais dos indivíduos. Então, a mente surge e se desenvolve do processo social de comunicação e interação, sendo, portanto, social em origem e função (Carvalho et al., 2007; Mendonça, 2002).

A ação, nessa perspectiva, é considerada como resposta da mente não aos objetos propriamente ditos e sim à simbolização que o indivíduo faz a si mesmo e aos outros indivíduos quando da interação. Trata-se de um processo

constante e ativo de tomadas de decisão na interação com o self e com o social (Carvalho et al., 2007; Pettengill, 2003).

- As relações sociais e os símbolos

As relações sociais são dinâmicas e não são fruto da transferência de regras fixas pré-estabelecidas e sim dos processos de interação social, tendo por base o caráter simbólico da ação social (Carvalho et al., 2010b).

O símbolo é um conceito central para o IS, sem o qual não é possível a interação entre seres humanos. Os símbolos são considerados como objetos sociais usados pelo indivíduo para representação e comunicação, fornecendo significado para si próprio e para o outro com quem interage (Pettengill, 2003; Carvalho et al., 2007). Nessa perspectiva, a sociedade nasce e dialoga a partir de e nos símbolos significantes para o grupo (Lopes, Jorge, 2005).

Quando um determinado gesto representa a ideia que há por trás de si e provoca essa ideia no outro indivíduo, tem-se um símbolo signifiante. No momento em que tal gesto promove uma reação adequada do outro indivíduo, tem-se um símbolo que responde a um significado na experiência do primeiro indivíduo e que também evoca esse significado no segundo indivíduo.

Assim, a base do significado está presente na conduta social, em que emergem os símbolos significantes (Carvalho et al., 2010b. p.150).

A interação social é a base dos conceitos que fundamentam o IS pois é construída na ação social e simbólica, na medida em que a ação de cada indivíduo tem significado para si e para o social (demais indivíduos) (Pettengill, 2003).

- O significado

Tem-se um dos mais importantes elementos na compreensão do comportamento e das interações humanas: o significado. É um produto social, decorrente e mutável pelas atividades dos indivíduos na medida em que interagem (Blumen, 1969²¹ apud Carvalho et al., 2010b).

A fonte dos significados é a interação social e a utilização dos mesmos ocorre por meio de um processo de interpretação. Portanto, a interação não é somente o que está acontecendo externamente ao indivíduo, mas compreende também o que se processa em seu interior, a interação consigo mesmo (self). Essa interação compõe o processo interpretativo e promove a re-significação do vivido, na qual os valores individuais interferem no significado que as coisas têm para o indivíduo (Mendonça, 2002; Lopes, Jorge, 2005; Carvalho et al., 2010b)

Portanto, a ação dos indivíduos é entendida não como resposta aos objetos diretos e sim à interpretação e simbolização que o mesmo faz de si e dos outros elementos na situação vivenciada (Lopes, Jorge, 2005).

Nessa perspectiva, o processo interpretativo sempre será derivado do contexto da interação social.

Considerando os princípios teórico-metodológicos apresentados, destaca-se que o presente estudo se insere no campo da pesquisa qualitativa exploratória. Configura-se como estudo de caso na medida em que busca a

²¹ Blumen, H. Symbolic interactionism: perspective and method (USA): Univesrity of Califórnia; 1969

compreensão dos aspectos da qualificação da restrição laboral, a partir da vivência dos sujeitos envolvidos nesse processo em um contexto delimitado.

Ademais, utiliza-se do Modelo Híbrido de Desenvolvimento de Conceitos para a compreensão de tais aspectos, permitindo a imersão nos elementos que compõem o conceito de RL (*antecedentes, atributos e consequências*), estruturando, assim, a (re)construção do mesmo.

Visando elucidar o percurso metodológico do estudo inicia-se, a seguir, a seção de procedimentos desenvolvidos neste.

4.2 Percurso metodológico e de análise dos dados

A construção do percurso metodológico na pesquisa qualitativa trata-se da(s) possibilidade(s) de realização de um exercício reflexivo de apreensão de uma temática, direcionada para e delimitada em seu objeto de estudo (Stake, 2011).

A seguir será apresentado o percurso metodológico das fases preconizadas no MHDC.

4.2.1 Fase 1 – Fase Bibliográfica

No contexto dessa tese, o procedimento de análise crítica da literatura buscou a identificação de definições do conceito de RL e de aspectos envolvidos no reconhecimento e designação desta.

Para tanto, a revisão bibliográfica foi realizada nas seguintes bases científicas nacionais e internacionais: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS²²), PubMed e Portal Periódicos CAPES²³, com delimitação temporal dos anos 2000 até 2015.

Utilizou-se os descritores restrição laboral, restrição laborativa, restrição no trabalho, work restriction e labor restriction associados às temáticas inter-relacionadas, tais como, incapacidade laboral, incapacidade para o trabalho, reabilitação profissional, retorno e permanência no trabalho, work disability e labor disability.

A última atualização da revisão bibliográfica ocorreu em julho de 2015, com nova busca do termo restrição laboral nas bases de dados indicadas.

Os artigos encontrados foram selecionados como pertinentes ou não à temática inicialmente pela leitura do título e do resumo. A definição de pertinência teve como critério a existência de conteúdo específico sobre RL.

Posteriormente, os artigos pré-selecionados foram lidos na íntegra. Em se identificando a presença de conteúdo de restrição laboral no corpo do texto, o mesmo era fichado e arquivado para compor o conjunto de material a ser analisado.

²² Englobando em sua base de dados em Ciências da Saúde em Geral: LILACS, MEDLINE, IBECs, SciELO.

²³ Contemplando em sua base de dados Web of Science, Scopus e SciELO.

No processo de registro dos dados coletados, cada produção científica recebeu um número de identificação, em ordem cronológica de publicação. A relação do material bibliográfico encontra-se no capítulo Fase 1 - Fase Bibliográfica.

Findada a fase de seleção e leitura do material bibliográfico iniciou-se o processo de análise. As leituras iniciais foram norteadas por questionamentos centrais, definidos previamente pelo pesquisador.

O Quadro 2 abaixo apresenta as questões que nortearam a busca por elementos dos eixos *Antecedentes*, *Atributos* e *Consequências* do conceito de RL na revisão bibliográfica.

Quadro 2 - Questões norteadoras da compreensão do conceito de RL na Fase Bibliográfica

	Fase Bibliográfica
ANTECEDENTES	O que precede à RL? Em que contexto?
ATRIBUTOS	Quais palavras ou expressões são utilizadas para descrever a RL?
CONSEQUÊNCIAS	O que se pretende com a RL? O que ocorre após a determinação da RL?

No contexto da análise dos dados, primeiramente realizou-se a identificação e codificação destes como pertencentes aos eixos *antecedentes*, *atributos* e *consequências* do conceito. Em segundo momento, foram organizados em categorias centrais que seriam estruturantes e representativas do conteúdo principal dos eixos.

Como etapa de encerramento da análise crítica, todos os textos foram novamente lidos na íntegra e as definições do conceito foram destacadas, analisadas e contrastadas entre si.

4.2.2 Fase 2 – Fase de Campo

Por se tratar de uma fase de coleta de dados empíricos, inicia-se pela apresentação do campo de pesquisa, seguido pela população do estudo e descrição dos procedimentos de coleta e análise dos dados de campo.

4.2.2.1 Contextualização do campo de pesquisa

A pesquisa desenvolveu-se junto ao Serviço de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) de um hospital escola de nível terciário, de referência nacional, no Município de São Paulo²⁴. Nesse hospital, o Serviço de Assistência Médica e Social aos Servidores (SAMSS), previsto no regimento interno, destina-se a “cuidar do cuidador”. Desde 2006 compreende duas unidades: o SESMT e o Atendimento Médico ao Servidor (AMS). Oferece atividades de atenção primária com enfoque na promoção da saúde e

²⁴ O complexo hospitalar é composto por seis institutos especializados, quatro pronto-socorros, uma divisão de reabilitação, dois hospitais auxiliares e um hospital associado, somando cerca de 2.200 leitos (Hospital das Clínicas, 2014).

prevenção de doenças, realizadas pelo SESMT, e de atenção secundária, com assistência médica e de enfermagem aos servidores, via AMS (Hospital das Clínicas, 2014).

O SESMT é, então, responsável pelo cuidado à saúde e segurança dos trabalhadores do hospital. Tem, para tanto, uma equipe multiprofissional, composta por médicos do trabalho, enfermeira do trabalho, auxiliares de enfermagem do trabalho, assistente social, psicóloga, terapeuta ocupacional, engenheiro de segurança do trabalho, técnicos de segurança do trabalho e equipe de apoio administrativo.

As atividades realizadas são: prevenção e detecção de doenças ocupacionais e riscos ambientais; exames do tipo admissional, periódico, demissional, mudança de função e retorno ao trabalho; encaminhamentos ao INSS; atendimento a acidentes de trabalho; laudos técnicos das condições ambientais de trabalho; vistorias de segurança, pareceres técnicos e treinamentos de segurança (Hospital das Clínicas, 2014). Tem como missão:

desenvolver ações que promovam a aptidão ao trabalho, a plena integridade física e mental dos servidores e minimizem riscos ambientais, contribuindo para cultura prevencionista e melhor qualidade de vida. [...] busca-se fundamentalmente adequar o indivíduo ao trabalho, otimizando suas aptidões (Hospital das Clínicas, 2014. Tela1).

A escolha do campo de pesquisa decorreu de conhecimento prévio do SESMT pela pesquisadora, em função de parceria na atuação da terapia

ocupacional junto ao retorno e permanência no trabalho²⁵. Justificou-se pela realidade vivenciada pelos trabalhadores, no que tange a impossibilidade de mudança de função, decorrente de seu regimento institucional e forma de contratação.

O hospital possui cerca de 19mil trabalhadores, sendo aproximadamente 87% dessa população com vínculo celetista com estabilidade e 13% estatutários. A contratação ocorre via concurso público e seu regimento determina que o trabalhador somente poderá alterar sua função original, definida em concurso, com participação e aprovação em novo processo seletivo.

Assim, a ocorrência de redução da capacidade laborativa do trabalhador, com decorrente necessidade de adequação funcional configura-se como questão complexa para os trabalhadores e a instituição empregadora.

Frente a tal contexto, acredita-se que a designação da restrição laboral é considerada pelo SESMT como estratégia para proteção da saúde, retorno e permanência no trabalho do trabalhador com algum acometimento de saúde que gera limitações de movimentos e/ou ações.

²⁵ Parceria entre o Laboratório de Investigação e Intervenção em Saúde e Trabalho (LIIST) do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e o SESMT do hospital desde o ano de 2012.

4.2.2.2 População do estudo

A definição de critérios é primordial para delimitar o escopo dos sujeitos que irão compor o universo de investigação, pois interfere na qualidade das informações a partir das quais será possível construir a análise e promover a compreensão mais ampla do objeto de estudo (Duarte, 2002).

Na presente fase de coleta de campo o critério matriz, para a delimitação dos entrevistados, foi participação no processo de designação da restrição laboral. Assim, foram sujeitos da pesquisa médicos do trabalho membros da equipe do SESMT e trabalhadores do hospital que vivenciam o processo de efetivação da restrição laboral.

A diversidade dos trabalhadores com RL foi contemplada em função das seguintes variáveis: momento do processo de qualificação da restrição laboral (designação e validação) e tempo de vigência da mesma. Almejou-se a participação de trabalhadores que no período estabelecido de 12 meses (entre março de 2014 e fevereiro de 2015) estivessem (i) no início da designação da restrição laboral (delimitado como os primeiros três meses desse processo) ou (ii) com restrição laboral temporária.

Quadro 3 - Critérios de inclusão da população geral do estudo

Trabalhadores da instituição	Equipe SESMT
i. estar em processo de designação da restrição laboral;	. participar diretamente da designação da restrição laboral ao trabalhador do hospital.
ii. possuir restrição temporária;	

Para a identificação dos trabalhadores com RL que se inseriam nesses critérios de inclusão utilizou-se de dados coletados no estudo retrospectivo da planilha do SESMT de controle dessa população e de indicação dos profissionais terapeutas ocupacionais atuantes no serviço. Já para a identificação dos membros da equipe do SESMT que estão envolvidos na designação da RL realizou-se uma reunião com o gestor do serviço.

A participação foi voluntária e todos os convidados tiveram, previamente, acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para conhecimento de aspectos centrais da pesquisa e contatos de referência do pesquisador. A compreensão e concordância, representada na forma de assinatura do referido TCLE, caracterizou o consentimento dos participantes.

Visando assegurar o anonimato e a confidencialidade das informações, os participantes receberam uma codificação na apresentação e análise dos resultados.

4.2.2.3 Procedimento de entrevista semi-estruturada

A proposta de coleta de dados da pesquisa junto aos atores envolvidos no processo da restrição laboral fornece o caráter empírico deste estudo (Yin, 2005; Flick, 2009). Buscou-se, a partir dos relatos, a identificação dos elementos centrais do conceito de RL, a compreensão da mesma e das relações estabelecidas nessa construção.

Para obtenção dos dados empíricos foram entrevistados médicos do trabalho da equipe de saúde do SESMT e trabalhadores do hospital com restrição laboral.

O roteiro elaborado para a entrevista semi-estruturada buscava contemplar elementos que permitissem a compreensão dos *antecedentes*, *atributos* e *consequências* do conceito de RL para essa população. Com o intuito de permitir ao entrevistado a livre expressão de sua experiência, conforme proposto por Poupart (2012), iniciou-se as entrevistas com a seguinte solicitação: ‘gostaria que me contasse o que é, para você, restrição laboral e qual sua experiência’.

Após findada a fala do entrevistado à solicitação inicial, os itens que compunham o roteiro de entrevistas eram apresentados.

O roteiro foi estruturado em tópicos temáticos servindo de guia para a interlocução entre entrevistado e entrevistador. Segundo preconizado por autores como Souza et al. (2005), Godoi e Mattos (2010) e Poupart (2012), organizado de modo a permitir flexibilidade no processo de entrevista, absorção de novos temas e de elementos trazidos pelos interlocutores, além de possibilitar a reformulação de questionamentos durante a entrevista.

Por fim, os elementos do roteiro também foram retomados com a perspectiva de nortear as leituras iniciais das entrevistas, no que tange ao conhecimento/identificação dos aspectos essenciais do tema RL (Schraiber, 2012).

No presente estudo, a Fase de Campo foi, então, composta por dois grupos de sujeitos envolvidos no processo de designação e na vivência da restrição laboral no contexto do SESMT do hospital, sendo: médicos do trabalho que designam RL e trabalhadores que possuem a mesma.

A seguir serão detalhados os procedimentos de entrevista com cada grupo de participantes.

- Processo de coleta de dados com os médicos do trabalho que designam RL

Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição, a coordenação do SESMT organizou uma reunião de apresentação formal da temática, objetivos e propostas metodológicas do estudo. Participaram médicos do trabalho que designam restrição laboral e os responsáveis técnicos das áreas de enfermagem, serviço social e psicologia.

Ao final, convidou-se para compor a pesquisa os envolvidos no processo de designação da restrição laboral, num total de cinco médicos do trabalho. Acordou-se a realização de contato individual para confirmação ou não da adesão e agendamento de data e horário, conforme disponibilidade do entrevistado.

Na semana seguinte, realizou-se quatro entrevistas. Um dos convidados desmarcou duas vezes o agendamento e mostrou dificuldades em disponibilizar novo horário devido à período de férias no trabalho. Esse posicionamento foi considerado como não adesão à pesquisa.

Após 45 dias da reunião, apresentou-se a proposta de pesquisa a outro médico do trabalho que designa restrição laboral e que encontrava-se em retorno as atividades naquele momento. Houve o aceite, agendamento e realização da entrevista semi-estruturada.

Todas as entrevistas foram realizadas em ambiente com privacidade, com prévia autorização de registro de áudio como forma de memória auxiliar da relatoria e ciência e assinatura do TCLE. O período de realização das entrevistas ocorreu entre outubro de 2013 e novembro de 2015²⁶.

O roteiro final utilizado nas entrevistas encontra-se em anexo (Anexo A), sendo denominado de Roteiro 1.

Após a primeira entrevista, incluiu-se duas perguntas ao roteiro visando melhor compreensão, sob a ótica dos próprios sujeitos, acerca de sua vivência como designador de restrição laboral e de seu envolvimento profissional no referido processo. As perguntas acrescidas encontram-se no item C do roteiro final.

Realizou-se a transcrição integral e codificação em letra E seguida de número (E1 à E5), preservando o anonimato acordado previamente com os participantes.

- Processo de coleta de dados com trabalhadores com restrição laboral

²⁶ Faz importante a ressalva de que não foram realizadas entrevistas no período compreendido entre dezembro de 2013 e agosto de 2014 devido à fase final de gestação e licença maternidade da doutoranda.

Realizou-se o levantamento inicial dos trabalhadores que se enquadravam nos critérios de inclusão do estudo²⁷, via planilha institucional de gestão e indicação dos profissionais terapeutas ocupacionais atuantes no serviço.

Estabeleceu-se contato telefônico com alguns trabalhadores, eleitos aleatoriamente dentre os que atendiam aos critérios supracitados. Nesse momento, apresentou-se brevemente o estudo, convidando-os à participação. Com aqueles que manifestaram interesse agendou-se a reapresentação individual da pesquisa no SESMT da instituição.

No encontro presencial, o TCLE era esclarecido, sendo que a ciência e assinatura deste termo caracterizaram o aceite em participar da pesquisa.

Todas as entrevistas foram realizadas em ambiente privativo e com autorização de registro de áudio.

Conforme proposto por Fontanella et al. (2008), o fechamento da coleta de campo deu-se pela saturação teórica. Essa é considerada quando os dados obtidos passam a apresentar certa repetição, sendo que as informações fornecidas por novos participantes apresentam pouca contribuição para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nesses dados.

Acordou-se com os participantes o sigilo das informações e o anonimato nos resultados, não identificando os sujeitos pesquisados e sim as situações de

²⁷ Critérios apresentados no item 4.2.2 População do estudo. São eles: trabalhadores que no período estabelecido de 12 meses (entre março de 2014 e fevereiro de 2015) estivessem (i) no início da designação da restrição laboral (delimitado como os primeiros três meses desse processo) e (ii) com restrição laboral temporária.

restrição laboral. Para tanto, as entrevistas transcritas receberam uma codificação de identificação designada em continuidade às anteriores, portanto, E6 à E11.

A versão final do roteiro utilizado nessas entrevistas, denominado de Roteiro 2, encontra-se no Anexo B. O livre relato dos trabalhadores continha elementos importantes de seu percurso na RL, portanto, optou-se por iniciar a entrevista com essa solicitação. Após o relato inicial, o pesquisador seguia o roteiro norteador para abordar os aspectos que ainda não haviam sido referidos.

4.2.2.4 Análise do conteúdo das entrevistas

A análise dos dados da fase de Campo pautou-se nos princípios da Análise de Conteúdo, propostos por Bardin (2011). Essa técnica de análise adotada buscou compreender os aspectos que compõem o conceito, a qualificação e efetivação da restrição laboral e seu significado para os envolvidos no processo.

Finalizado o processo de transcrição principiouse, conforme previsto no plano de análise da Análise de Conteúdo, com as repetidas leituras flutuantes das entrevistas para retomada de seus conteúdos e imersão por parte do pesquisador (Bardin, 2011).

Destaca-se que, no transcorrer dessa leitura, o material das entrevistas que indicava a estruturação do conjunto de médicos do trabalho que designa restrição laboral no serviço estudado não compôs a análise qualitativa dos resultados. Esse foi tratado como dado exploratório de informação e contextualização, sendo apresentado no capítulo Fase de Campo como dado primário.

Após as leituras flutuantes, iniciou-se o processo de codificação do material, com o uso de cópia duplicada de cada uma das entrevistas. Um material era frequentemente lido na íntegra para a manutenção da impregnação e imersão do pesquisador e o outro foi recortado em unidades de registro. Essas unidades foram gradativamente agrupadas em categorias temáticas.

A codificação inicialmente aplicada correspondeu aos aspectos centrais do roteiro da entrevista, sendo eles: definição e conceito da restrição laboral; aspectos essenciais da restrição laboral; finalidade da RL; processo de designação e atores envolvidos (critérios, fases, processo, atores e materiais utilizados); participação do médico assistente e do especialista; tipos de restrição; percepções do designador de RL; dinâmica no processo de designação da RL; participação do trabalhador; consideração de possíveis impactos para os envolvidos; consequências da RL.

Os temas estruturantes das categorias emergiram da interpretação dos dados coletados, tendo como base a codificação realizada. Tinham como

norteador inicial a premissa da apresentação dos dados nos eixos estruturantes do conceito: *antecedentes*, *atributos* e *consequências* do mesmo.

Em virtude da ausência de referencial teórico sobre a restrição laboral, a análise interpretativa do material permitiu o diálogo com conceitos relevantes e correlatos. Destacou-se a concepção de incapacidade do Modelo Social de Incapacidade e as noções de trabalho e trabalhar propostas nas teorias da Ergonomia da Atividade Humana e da Psicodinâmica do Trabalho.

O Quadro 4, a seguir, apresenta as questões que nortearam a identificação de tais elementos nas entrevistas de campo.

Quadro 4 - Questões norteadoras da compreensão do conceito de RL na Fase de Campo.

Eixo/Entrevistados	Ambos	Trabalhadores com RL	Equipe designadora RL
ANTECEDENTES	O que é para você restrição laboral e qual sua experiência? Em que momento se decide pela RL?	Como iniciou sua RL?	Quais são os elementos que compõem a decisão de se designar a RL ?
ATRIBUTOS	O que é para você restrição laboral e qual sua experiência? Qual o objetivo da RL? Quais são os elementos? Quais são os aspectos centrais? Quais os atores envolvidos? De quem é a responsabilidade pela RL? Qual o papel do médico assistente ou especialista? Existem elementos facilitadores e/ou dificultadores na designação da RL?	Como é vivenciar a RL? Qual seu papel na definição de sua RL? Como você se sente tendo RL?	Como a equipe designa RL?

CONSEQUÊNCIAS	O que é para você restrição laboral e qual sua experiência? Para que serve a RL? Existem elementos facilitadores e/ou dificultadores na designação da RL? Possui impactos para os envolvidos no processo? Interfere no retorno e permanência no trabalho?	Como é para você ter RL? Como é vivenciar no dia a dia (cotidiano de trabalho) a RL?	Como é para você designar RL?
----------------------	---	---	-------------------------------

Nessa fase, a análise do material foi ilustrada com trechos das entrevistas, conforme proposto por Weiss (1995) e Seidman (2013). Tais trechos foram editados para facilitar a compreensão do leitor, preservando-se as palavras e significados dados pelo entrevistado (Weiss, 1995).

Segundo Weiss (1995) e Seidman (2013), a edição das falas poderá suprimir trechos que dificultam a leitura fluente, inserir termos entre colchetes ou reunir pedaços do material que não são sequenciais na transcrição visando facilitar a compreensão do leitor, além de substituir conteúdos que poderiam identificar o entrevistado.

4.2.2.5 Fase 3 – Fase Analítica Final

Nessa Fase promoveu-se o confronto entre os elementos das Fases Bibliográfica e de Campo, de modo a ampliar as possibilidades de compreensão dos elementos e do conceito de restrição laboral.

Para tanto, realizou-se o diálogo entre a análise crítica e categorização dos dados científicos da literatura e o significado do objeto de pesquisa para os sujeitos nela envolvidos, buscando elementos comuns, conflitantes e/ou complementares.

Após, construiu-se a análise crítica e discussão desse confronto de dados, promovendo reflexões sobre seus conteúdos centrais nos eixos dos *antecedentes, atributos e consequências* do conceito de RL.

Concomitantemente, produziu-se o diálogo com a literatura internacional em temas correlatos a RL, no contexto da permanência no trabalho.

Por fim, estruturou-se a proposição de novos elementos para a concepção e conceituação da RL, resultando na reconstrução do conceito no contexto do estudo.

4.3 Aspectos éticos do estudo

Conforme previsto na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, tanto o projeto de pesquisa quanto o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram submetidos aos Comitês de Ética para Análise de Projetos

de Pesquisa (CAPPesq) da Faculdade de Medicina (FM) da Universidade de São Paulo (USP), instituição de afiliação da presente tese, e também do Hospital das Clínicas da FM USP, instituição de desenvolvimento do trabalho de campo.

O TCLE encontra-se no anexo C. Já a aprovação da solicitação junto a CAPPesq, emitida no Parecer número 311.709, datado de 19 de maio de 2013, compõe o Anexo D).

Posteriormente, solicitou-se a adequação do título da tese, aprovada no parecer número 1.532.982, datado de seis de maio de 2016 (Anexo E).

FASE 1 – FASE BIBLIOGRÁFICA

5 FASE 1 - FASE BIBLIOGRÁFICA

Para uns é preciso conhecer para modificar;
para outros,
é preciso conhecer para conhecer melhor.
(Deslauriers e Kerisit)

A revisão bibliográfica realizada destaca a carência de publicações na temática da RL.

A pesquisa na BVS apresentou 81 resultados. Destes, 15 foram selecionados com base no título. Seguiu-se com a leitura dos resumos e apenas seis publicações possuíam relação com o tema da restrição laboral.

Na base de dados LILACS encontrou-se 16 resultados, dos quais quatro se relacionavam com a temática do estudo no título e estavam contemplados nos dados encontrados na BVS.

Nas bases PubMed/MEDLINE e Web of Science os termos utilizados foram *work restriction*, *labor restriction* e *restriction of work ability*. Encontrou-se 56 publicações, das quais 16 foram selecionadas pelo título. Realizada a leitura dos resumos, quatro artigos compuseram o escopo da temática.

Após a leitura dos materiais bibliográficos na íntegra apenas sete artigos e dois documentos normativos compuseram os resultados desse estudo. Sendo, portanto, analisadas nove produções bibliográficas.

Assim, no contexto nacional, observou-se que o conceito de RL é escasso na literatura e obscuro em sua definição. A quase totalidade das produções científicas brasileiras que referem esse termo não o tem como eixo central do enredo do texto e sim como mais um elemento na análise de impactos de processos de adoecimento, retorno ao trabalho e/ou reabilitação profissional (Pavão, 2008; Silva, Alencar, 2009; Brasil, 2009b; Toldra et al., 2010; Vieira et al., 2010; Manual do Programa de Readaptação, Restrição Funcional e Reabilitação Profissional, 2012²⁸; Cestari e Carlotto, 2012).

Destaca-se que todas faziam menção à RL em seu conteúdo, no entanto, somente dois artigos tratavam diretamente da referida temática como conteúdo central. Portanto, apenas duas publicações debruçam seu conteúdo na reflexão sobre elementos centrais e consequências da RL (Gurgueira e Alexandre, 2006; Schweitzer, 2014).

No âmbito internacional, a temática da RL não foi identificada. Sequer encontrou-se definição para o termo. A literatura apresenta a não aplicabilidade do conceito de restrição laboral ao evidenciar que quando se considera o sujeito no trabalho ou retornando ao mesmo, a percepção e avaliação do trabalhador pauta-se na identificação das habilidades e/ou da capacidade laborativa residual do mesmo (Young et al., 2005a,b; Tjulin et al., 2010, 2011; Bengel, 2014; Streibelt, Brunger, 2014).

²⁸ A bibliografia correspondente será: Prefeitura de São Paulo. Coordenação de Gestão de Pessoas. *Manual do Programa de Readaptação, Restrição Funcional e Reabilitação Profissional*, 2012. 62p.

Assim, as atividades de trabalho são definidas tendo como ponto de partida as possibilidades do sujeito e não as limitações, como na realidade brasileira.

A seguir apresenta-se os resultados encontrados na Fase Bibliográfica, decorrentes da análise crítica da literatura, organizados sequencialmente nos eixos definições, atributos, antecedentes e consequências do conceito de RL.

5.1 Análise crítica dos elementos do Conceito de Restrição Laboral

Nos textos que se direcionam à RL temos que Pavão (2008), em seu trabalho de mestrado, menciona a restrição laboral como uma das restrições das atividades habituais do sujeito em idade laboral, no entanto, o foco da dissertação está no uso de serviços de saúde.

Já Cestari e Carlotto (2012) apontam a possibilidade de existência de RL no contexto da reintegração de trabalhadores que possuem incapacidade parcial e frequentam o Programa de Reabilitação Profissional Previdenciário. Sendo assim, encontram-se em contexto externo à situação real de trabalho. O estudo se restringe a acenar sobre a possibilidade de RT na mesma função com restrição.

Ademais, Toldra et al. (2010) refere a importância da RL e do retorno ao trabalho como temáticas complexas e necessárias de serem incorporadas às

políticas de atenção à saúde do trabalhador. Porém direcionam suas discussões e reflexões para o retorno ao trabalho, não abordando a RL como eixo central.

Alguns artigos indicam a importância de estudos sobre as implicações da RL para as instituições empregadoras e para os trabalhadores, além da importância de se conhecer o processo e os objetivos na prescrição da RL (Gurgueira, Alexandre, 2006; Schweitzer, 2014). No entanto, tais aspectos não compõem o escopo de nenhum dos estudos realizados pelos autores acima citados.

O estudo de Gurgueira e Alexandre (2006) tem caráter descritivo, com o objetivo de analisar os aspectos epidemiológicos das restrições prescritas aos trabalhadores em laudos médicos. Apresentam dados da RL nos laudos médicos, destacando categoria profissional, tipo de RL, duração (tempo de vigência). Buscam correlações entre tipo de função, idade, sexo, escolaridade, frequência e conteúdo das RLs que foram designadas em um hospital público em determinado período.

As restrições elencadas na pesquisa foram classificadas de modo semelhante à classificação de risco ocupacional (biológicas, físicas, químicas, ergonômicas, psicossociais e organizacionais). Assim, seu conteúdo não é composto de tarefas ou atividades do trabalho desses sujeitos, mas sim da proibição ao trabalhador da realização de determinados movimentos e ações (Gurgueira, Alexandre, 2006).

Apontam o uso das RL como forma de retirar o trabalhador da exposição a determinados riscos ocupacionais. Em suas reflexões destacam a possibilidade das restrições não estarem sendo efetivas já que as mesmas aumentavam em quantidade nos laudos médicos, tinham longa duração e culminavam em restrições definitivas (Gurgueira, Alexandre, 2006).

Evidenciam e questionam que ‘somente a prescrição das restrições de trabalho não irá resolver, a longo prazo, a exposição dos trabalhadores aos riscos ocupacionais’ (Gurgueira, Alexandre, 2006. p.514).

Sugerem a importância de se considerar a existência de um programa institucional de acompanhamento da restrição de trabalho, de educação e treinamento constantes e de mudança do posto de trabalho. No entanto, o estudo conclui que deve-se prescrever a restrição de trabalho quando ‘aparentemente a modificação das atividades irá facilitar o retorno ao trabalho ou limitar a exposição às demandas físicas que possam exacerbar os sintomas ou impedir a recuperação plena’ (Gurgueira, Alexandre, 2006. p.515).

Os autores utilizam o termo ‘modificação das atividades’ referindo-se, na verdade, às limitações ou proibições para o desempenho de certas atividades e não como mudança no sentido de avaliação para adequação nas condições e organização do trabalho.

Na perspectiva do estudo de Gurgueira e Alexandre (2006), o trabalhador precisa se adaptar ao trabalho e quando isso não é possível devido a seu estado de saúde, passa a ser restrito, ou seja, impõe-se a esse a limitação de realizar ou

compor na execução de determinadas atividades. O foco resta direcionado ao sujeito, como elemento em condição limitada.

Ao final do artigo, Gurgueira e Alexandre (2006), indicam a necessidade de se desenvolver estudos sobre o processo utilizado pela equipe de saúde ocupacional para a prescrição de restrições de trabalho.

Os autores Vieira et al. (2010) e Schveitzer (2014) apresentam possíveis impactos para o trabalho e o trabalhador devido à existência de RL. Apontam, sem tecer aprofundamentos, os conflitos com colegas de trabalho e a existência de trabalhadores restritos como elemento gerador de transtornos à gerência no planejamento do trabalho. Este é entendido, no contexto destes estudos, como divisão das tarefas.

Schveitzer (2014) tem como foco central o estudo do perfil da população atendida e das ações do comitê de acompanhamento de trabalhadores com RL em empresa pública. O referido comitê visa auxiliar no RT e acompanhar trabalhadores com restrições para a função de origem.

Em suas discussões aponta como dificultador da permanência no trabalho

[...] a dificuldade da gerência em contemplar a restrição do trabalhador, quando este não era capaz de realizar todas as tarefas, visto que sua incapacidade para realizar parte das atividades é geradora de conflitos com os colegas da equipe de trabalho e causa transtornos à gerência na distribuição das tarefas, por encontrar dificuldade em lidar com a equipe e com a demanda de trabalho (Schveitzer, 2014. p.48).

Novamente o foco permanece no trabalhador, que além de ser objeto de restrição, se transforma em elemento gerador de conflito e de maior demanda à gestão da organização do trabalho.

Já Vieira et al. (2010) tem como foco de seu artigo analisar os resultados de um programa de saúde ocupacional de retorno ao trabalho, existente em hospital público do estado de SP.

Nesse contexto, a restrição laboral é apontada como um elemento possível de existir no processo de RT. É considerada como um obstáculo ao sucesso do Programa na medida em que

[...] 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 (Vieira et al., 2010. p.110).

Além disso, o funcionário restrito significava uma real redução de recursos humanos para atender a mesma demanda de produção. Sugere-se que este deveria ser ‘supranumerário’ na área de trabalho, ou seja, realizar menos tarefas ou tarefas mais leves e não ser contabilizado quando do planejamento da produtividade (recursos humanos necessários para alcançar determinada produção) (Vieira et al., 2010).

As definições encontradas e as categorias que compõem os eixos *antecedentes, atributos e consequências* da RL serão destacadas em subtópicos,

com apontamentos decorrentes da análise crítica das produções bibliográficas estudadas.

5.1.1 Definições da Restrição Laboral

Dentre os nove materiais bibliográficos estudados em profundidade, somente três apresentaram conceituação para o termo RL. São elas:

- Impossibilidade de desempenho das funções específicas de uma atividade ou ocupação, em consequência de alterações morfológicas, psicológicas e fisiológicas provocadas por doença ou acidente de trabalho (Gurgueira, Alexandre, 2006);
- Funcionários ativos com limitação para desempenho pleno de suas atividades profissionais (Schveitzer, 2014).
- Recomendação para não realização de uma ou mais atribuições do cargo, função ou emprego, cuja continuidade do exercício possa acarretar o agravamento da doença do servidor ou risco a terceiro (Brasil, 2009b);

As *definições* encontradas para o conceito de restrição laboral focam-se na limitação para, ou impossibilidade de desempenhar atividades, atribuições e funções no trabalho.

Indicam o elemento condição de saúde do trabalhador em duas perspectivas: a primeira refere-se a ‘alterações morfológicas, psicológicas e fisiológicas’ impossibilitando o desempenho de funções; e, a segunda, a possibilidade de agravamento do quadro de saúde do trabalhador em decorrência das exigências do trabalho.

5.1.2 Antecedentes da Restrição Laboral

Segundo Rodgers e Knafl (2000), os antecedentes do conceito são situações, eventos ou fenômenos que precedem o conceito de interesse. Auxiliam na compreensão do contexto social no qual o conceito é utilizado, bem como podem favorecer seu refinamento. Buscou-se conhecer de que forma o conceito está descrito na literatura – papéis, habilidades e contexto?

A questão norteadora para a construção das categorias centrais desse eixo, apresentadas a seguir, foi: O que precede à RL? Em que contexto?

ADOECIMENTO DO TRABALHADOR²⁹

<i>Antecedentes</i>	Artigo
Existência ou ocorrência de adoecimento decorrente do trabalho; acidente de trabalho ou doença profissional. Caracterização de patologias laborais	1, 3, 5, 7, 8
Exposição a risco ocupacional	1, 6

²⁹ Os termos apresentados com grafia em letra maiúscula indicam CATEGORIAS dos resultados e os destacados em negrito referem-se a **elementos centrais** dessas categorias.

INCAPACIDADE DO SUJEITO

<i>Antecedentes</i>	Artigo
Incapacidade laborativa	1, 6, 8, 9.
Limitações físicas e incapacidades (total ou parcial)	1, 2, 6, 7, 9.

AFASTAMENTO E/OU RETORNO AO TRABALHO

<i>Antecedentes</i>	Artigo
Promover o retorno ao trabalho; à mesma ou outra função; ao mesmo local/posto de trabalho.	1, 4, 5, 6, 7.
Retorno gradual ao trabalho	6, 7.
Processo de reinserção laboral	1, 4, 5, 7, 9.

As categorias ADOECIMENTO DO TRABALHADOR e INCAPACIDADE DO SUJEITO indicam a condição de retorno ao trabalho do sujeito com acometimento de saúde, sendo essa compreendida como uma limitação ou incapacidade do trabalhador. Apontam a necessidade de percepção da correlação do adoecimento inicial, gerador de afastamento, com as condições de trabalho para que haja RL no processo de retorno.

Destacam a possibilidade ou necessidade de **promover o retorno ao trabalho** como elemento determinante para a ocorrência de restrição laboral. Esse retorno pode acontecer de **modo gradual**, como **reinserção na mesma função, posto ou local de trabalho** ou com **mudança de função ou posto de trabalho**.

5.1.3 Atributos da Restrição Laboral

Os atributos do conceito são palavras e expressões utilizadas pelos autores para descrever as características que o compõem. Auxiliam na compreensão dos elementos centrais da formação e aplicação do conceito num determinado contexto social (Rodgers e Knafl, 2000).

A questão que orientou a análise das produções bibliográficas nesse eixo foi: quais palavras ou expressões são utilizadas para descrever a RL? A LIMITAÇÃO FUNCIONAL, PRODUTIVIDADE e READAPTAÇÃO FUNCIONAL compõem os atributos do conceito de RL.

LIMITAÇÃO FUNCIONAL

<i>Atributos</i>	Artigo
Incapacidade do sujeito; menos apto	1, 2, 3, 5, 6, 8, 9
Possibilidade de controlar a duração da incapacidade	1, 9
Restrição de tarefas	4, 7, 9
Imposto ao trabalhador ou recomendado	1, 4

PRODUTIVIDADE

<i>Atributos</i>	Artigo
Impossibilidade de desempenho das funções	6, 7, 8
Produção menor ou igual aos demais; trabalhando menos	3, 6

READAPATAÇÃO FUNCIONAL

<i>Atributos</i>	Artigo
Permanência no trabalho com limitações	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8

Ressalva-se que apenas um dos materiais bibliográficos refere tipo, duração e ocorrência da RL como um atributo da mesma.

A LIMITAÇÃO FUNCIONAL indica o foco no sujeito, que possui **incapacidade** ou encontra-se **menos apto** para o trabalho. Além disso, compreende a possibilidade de **controlar a duração da incapacidade** do sujeito, **restringir tarefas**, de maneira **imposta ou recomendada ao trabalhador**.

Apresenta direta relação com a PRODUTIVIDADE, uma vez que o trabalhador com RL tem **produção igual ou menor que os demais**, mas é referido como alguém que **trabalha menos**. A PRODUTIVIDADE, LIMITAÇÃO FUNCIONAL e READAPTAÇÃO FUNCIONAL se integram como atributo do conceito na **impossibilidade do trabalhador em desempenhar algumas funções**.

No contexto do material estudado nessa fase, promover a READAPTAÇÃO FUNCIONAL indica a possibilidade de **promover a permanência no trabalho com limitações**. Essas limitações são as restrições laborais, caracterizadas pela redução das tarefas determinadas a esse trabalhador ou pela necessidade de mudança de função ou posto de trabalho.

5.1.4 Consequências da Restrição laboral

Por sua vez, as consequências do conceito referem-se a eventos ou situações que resultam da utilização ou aplicação do mesmo. Assim, é passível de ser conhecida após a exploração do conceito em sua manifestação prática (Schawtrz-Barcott, Kim, 2000).

Utilizou-se as questões: ‘o que se pretende com a RL? O que ocorre após a determinação da RL?’ como norteadoras da análise do material nesse eixo.

PERMITIR PERMANÊNCIA NO TRABALHO

<i>Consequências</i>	Artigo
Retornar e permanecer trabalhando	1, 2, 3, 4
Identificar necessidade de readaptação; mudança de posto ou setor de trabalho; afastamento da exposição aos riscos ocupacionais	1, 2, 3
Poder desempenhar atividades laborais	1, 5, 7, 8

ASPECTOS RELACIONADOS AO TRABALHADOR COM RL

<i>Consequências</i>	Artigo
Produz menos	5, 8
Sujeito se identifica como incapaz; limitações	1
Ruptura do processo de trabalho	1
Estigmatização	1

ASPECTOS DA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

<i>Consequências</i>	Artigo
Transtornos à gestão – planejar e gerir as impossibilidades do trabalhador	5, 8
Conflitos nas inter-relações (colegas de equipe)	5, 8

OUTRAS AÇÕES DECORRENTES DA IDENTIFICAÇÃO DE RL

<i>Consequências</i>	Artigo
Busca da compreensão do processo saúde-doença dos trabalhadores	1
Programas de prevenção e/ou de reabilitação e remanejamento de pessoal	1, 2, 7

Importante elemento das consequências refere-se a PERMITIR PERMANÊNCIA NO TRABALHO, uma vez que a RL é apontada como uma forma possível de conceder ao trabalhador, com acometimento de saúde ou de capacidade laborativa, **desempenhar atividades laborais, retornar ao trabalho e permanecer trabalhando**. Ademais serve, também, para **promover o afastamento da exposição a riscos ocupacionais e identificar situações com necessidade de readaptação ou mudança de setor ou posto de trabalho**.

No entanto, ao se PERMITIR PERMANÊNCIA NO TRABALHO, põe-se em destaque os ASPECTOS RELACIONADOS AO TRABALHADOR COM RL e os ASPECTOS DA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO.

Os ASPECTOS RELACIONADOS AO TRABALHADOR COM RL tendenciam *consequências* que podem se configurar em dificultadores do retorno e permanência no trabalho, uma vez que referem-se a **limitações**, impossibilidades, **ruptura do processo de trabalho**, incapacidade e **estigmatização** do trabalhador.

PERMITIR PERMANÊNCIA NO TRABALHO de trabalhadores com RL resulta em impactos em ASPECTOS DA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO.

Suscita-se **transtornos à gestão**, no que se refere a **planejar e gerir as impossibilidades do trabalhador** no dia-a-dia de trabalho. Além disso, identifica-se situações de **conflitos nas interrelações** com colegas de equipe.

Em OUTRAS AÇÕES DECORRENTES DA IDENTIFICAÇÃO DE RL destaca-se o apontamento da RL como elemento desencadeador do indicativo de necessidade de se estruturar programas de prevenção, reabilitação e remanejamento de pessoal. Não há aprofundamento desses elementos nas produções bibliográficas estudadas que permitisse referir à transposição da RL da condição de incapacidade do trabalhador, como aspecto central, para as condições de trabalho.

De modo geral, nos achados dessa fase do presente estudo evidencia-se que a conceituação da RL possui direta relação com a limitação ou condição de incapacidade do sujeito no desempenho das atividades laborais, nos elementos encontrados nos *antecedentes* e *atributos* do mesmo.

Há a ampliação desses elementos no que tange as *consequências*, abordadas como do desempenho quantitativo e qualitativo das atividades, das relações interpessoais, das condições de trabalho e da estigmatização de trabalhadores com RL.

Um aspecto relevante refere-se ao fato que nenhuma das produções bibliográficas estudadas debate sobre elementos centrais e processo de designação da restrição laboral.

O Quadro 5, a seguir, apresenta os elementos dos *Antecedentes*, *Atributos* e *Consequências* encontrados nas produções bibliográficas que compuseram essa fase do estudo.

Quadro 5 - Elementos dos *Antecedentes*, *Atributos* e *Consequências* encontrados nas produções bibliográficas utilizadas na Fase1 - Fase Bibliográfica.

Produção bibliográfica (Pb)	ANTECEDENTES (situações, eventos ou fenômenos que precedem o conceito de interesse) O que precede a RL? Em que contexto?	ATRIBUTOS (palavras e expressões utilizadas pelos autores para descrever as características do conceito) Quais palavras ou expressões são utilizadas para descrever a RL?	CONSEQUÊNCIAS (eventos ou situações resultantes da utilização do conceito) O que se pretende (atingir) com a RL? O ocorre após a determinação da RL?
Pb 1 (Gurgueira e Alexandre, 2006)	Desempenho das funções de trabalho; Contexto hospitalar; Exposição a risco ocupacional; Doença ocupacional e acidente de trabalho; Laudo médico; Incapacidade do sujeito; Afastamento e retorno ao trabalho.	Impossibilidade de desempenho das funções específicas de uma atividade ou ocupação, em consequência de alterações morfológicas, psicológicas e fisiológicas provocadas por doença ou acidente de trabalho; (in)capacidade do sujeito; Possibilidade de limitar a duração da incapacidade. Características: impostas aos trabalhadores/ tipo, ocorrência e duração (da RL) / restrições prescritas.	Afastar o trabalhador da exposição aos riscos ocupacionais; Mudança de posto de trabalho; Entendimento processo saúde-doença dos trabalhadores; Auxiliar programas de prevenção e de reabilitação e remanejamento de pessoal; Estigma dos sujeitos; Favorecimento da identificação dos próprios trabalhadores como incapazes; Ruptura do processo de trabalho.

Pb 2 (Pavão, 2008)	Adoecimento do trabalhador; Limitações	Restrição das atividades habituais do sujeito em idade laboral; Limitações.	Não aborda.
Pb 3 (Silva e Alencar, 2009)	Patologias laborais; Desempenho das atividades laborais.	Menos apto a desempenhar aquilo para o qual foi designado inicialmente; Produtividade: menor ou igual aos demais; Readaptação funcional.	Identificar limitações e necessidade de readaptação dos trabalhadores; Poder desempenhar as atividades laborais.
Pb 4 (Decreto Federal no. 6833 - Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor / Brasil, 2009b)	Retorno ao trabalho; Readaptação laboral.	É a recomendação para não realização de uma ou mais atribuições do cargo, função ou emprego, cuja continuidade do exercício possa acarretar o agravamento da doença do servidor ou risco a terceiro.	Retorno ao trabalho; Mudança de setor; Mudança de atividades.
Pb 5 (Toldra et al., 2010)	Retorno ao trabalho; Reinserção do trabalhador; adoecimento do trabalhador; afastamento do trabalho.	Limitação funcional	Retorno e permanência no trabalho

Pb 6 (Vieira et al., 2010)	Incapacidade laborativa; Retorno gradual ao trabalho.	Incapacidade de exercer todas as tarefas; Trabalhadores supranumerários, fora da escala de trabalho; Exercer parcialmente suas tarefas; Trabalhando menos.	Conflitos com colegas da equipe; Transtornos a gerencia na divisão de tarefas; Trabalhador produz menos.
Pb 7 (Cestari e Carlotto, 2012)	Processo de reinserção laboral na empresa de vínculo; Reintegração do trabalhador segurado; Incapacidade parcial (por doença ou acidente); Retorno ao mesmo local de trabalho e/ou mesma função.	Restrição de tarefas	Não aborda
Pb 8 (Manual do Programa de Readaptação, Restrição Funcional e Reabilitação Profissional, 2012)	Adoecimento do trabalho; Diminuição da capacidade laborativa.	Readaptação Funcional / Restrição de Função: é a atribuição de atividades compatíveis com a capacidade física ou psíquica do servidor, que dependerá sempre de exame médico-pericial; Servidores municipais com	A restrição ou alteração de função poderá ser concedida da forma seguinte: I - restrição da própria função, temporária ou permanente; II - alteração de função para nova função restrita, temporária ou permanente;

		comprometimento parcial, permanente ou temporário, de saúde física ou psíquica.	
Pb 9 (Schveitzer, 2014)	Trabalhadores afastados com perspectiva de restrição laboral no momento de RT; Incapacidades.	Restrições no exercício das suas atividades laborais; Restrição do trabalhador; Trabalhador não capaz de realizar todas as tarefas; Funcionários ativos com limitação para desempenho pleno de suas atividades profissionais; Permanência no trabalho com limitações.	Conflitos com colegas da equipe; Transtornos a gerencia na divisão de tarefas; Permanência no trabalho com limitações.

<p>ATRIBUTOS</p> <p>LIMITAÇÃO FUNCIONAL</p> <ul style="list-style-type: none"> - incapacidade do sujeito; menos apto; - possibilidade de limitar a duração da incapacidade; - restrição de tarefas; - imposto ao trabalhador ou recomendado. <p>PRODUTIVIDADE</p> <ul style="list-style-type: none"> - impossibilidade de desempenho das funções; - produção menor ou igual aos demais; trabalhando menos. <p>READAPTAÇÃO FUNCIONAL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Permanência no trabalho com limitações.
--

<p>ANTECEDENTES</p> <p>ADOECIMENTO DO TRABALHADOR</p> <ul style="list-style-type: none"> - existência ou ocorrência de adoecimento decorrente do trabalho; <p>acidente de trabalho ou doença ocupacional;</p> <ul style="list-style-type: none"> - caracterização de patologias laborais; - exposição a risco ocupacional. <p>AFASTAMENTO E/OU RETORNO AO TRABALHO</p> <ul style="list-style-type: none"> - promover o retorno ao trabalho; à mesma função ou outra função; ao mesmo local/posto de trabalho; - retorno gradual ao trabalho; - processo de reinserção laboral. <p>INCAPACIDADE DO SUJEITO</p> <ul style="list-style-type: none"> - incapacidade laborativa; - limitações físicas e incapacidades (total ou parcial).

<p>CONSEQUÊNCIAS</p> <p>PERMITIR PERMANENCIA NO TRABALHO</p> <ul style="list-style-type: none"> - retornar e permanecer trabalhando; - identificar necessidade de readaptação; mudança de posto ou setor de trabalho; afastamento da exposição aos riscos ocupacionais; - poder desempenhar as atividades laborais <p>ASPECTOS RELACIONADOS AO TRABALHADOR COM RL</p> <ul style="list-style-type: none"> - produz menos; - ruptura no processo de trabalho; - estigmatização; - sujeito se identifica como incapaz; limitações. <p>ASPECTOS DA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO</p> <ul style="list-style-type: none"> - conflitos nas interrelações (colegas de equipe); - transtornos à gestão – planejar e gerir as impossibilidades do trabalhador. <p>OUTRAS AÇÕES DECORRENTES DA IDENTIFICAÇÃO DE RL</p> <ul style="list-style-type: none"> - busca da compreensão do processo saúde-doença dos trabalhadores; - programas de prevenção e/ou reabilitação e remanejamento de pessoas

Diagrama 1 – Categorias de Resultados da Fase Bibliográfica

FASE 2 – FASE DE CAMPO

6 FASE 2 - FASE DE CAMPO

*O real não está na saída e nem na chegada.
ele se dispõe para a gente é no meio da travessia.
(Guimarães Rosa)*

Nesta fase, os resultados serão apresentados em duas seções. A primeira compõe-se de dados descritivos que elucidam os entrevistados e o contexto no qual se estruturou a equipe de médicos do trabalho que designa restrição laboral no serviço estudado.

Na seção subsequente, segunda seção, evidencia-se os achados da análise das entrevistas, realizada segundo os preceitos da Análise de Conteúdo (Bardin, 2011). As CATEGORIAS e seu **conteúdo central**³⁰ são apresentados em subtópicos, conforme os eixos que compõem o conceito de RL: *definição, antecedentes, atributos e consequências*.

6.1 Perfil da população entrevistada e contexto de formação da equipe de médicos do trabalho que designa RL

³⁰ Como referido na Fase Bibliográfica, termos apresentados com grafia em letra maiúscula indicam CATEGORIAS dos resultados e com destaque em negrito referem-se a **elementos centrais** destas.

6.1.1 Perfil da população entrevistada

Realizou-se o total de 11 entrevistas, sendo cinco com médicos que designam restrição laboral e seis com trabalhadores nessa condição.

Dentre os médicos, quatro eram do sexo masculino e um do sexo feminino. Todos possuíam formação em Medicina Ocupacional, sendo que o tempo de experiência na especialidade médico do trabalho variou de 2 a 10 anos, com média de 5,6anos. Ademais, quatro possuíam especialização em ortopedia e um em psiquiatria.

A duração das entrevistas variou entre 55 e 95minutos e esses entrevistados serão indicados com a codificação E1 à E5.

No que se refere aos trabalhadores com RL, foram realizadas sete entrevistas no período de outubro de 2014 a março de 2015. No entanto, desconsiderou-se uma entrevista antes do processo de análise, pois o trabalhador referiu, somente ao final da mesma, que nunca obteve o documento formal de restrição laboral³¹.

³¹ Sua condição decorria de acordo verbal com a chefia que, em face de baixa demanda de trabalho no setor, permitiu ao trabalhador que não realizasse as atividades que considerava inadequadas para sua recuperação de saúde após cirurgia.

Portanto, seis entrevistas compuseram o conteúdo dessa população de entrevistados, sendo que quatro trabalhadores possuíam restrição laboral e dois estavam no início do processo de designação.

Quanto à caracterização da população, quatro eram do sexo feminino e dois do sexo masculino. Já o conteúdo da RL indicava que três trabalhadores possuíam RL exclusivamente de ordem física (osteomuscular), um de saúde mental e os demais (três) tinham ambas as restrições.

As funções variavam entre: auxiliar de cozinha (dois), auxiliar de enfermagem (um), auxiliar de radiologia (um), enfermeiro (um) e técnico de manutenção (um). O tempo na função oscilou de um ano e seis meses a vinte anos. A duração da RL oscilou entre dois meses e sete anos e dois meses.

As entrevistas foram codificadas em numeração sequencial a dada ao grupo de médicos, sendo, portanto, identificadas como E6 à E11. A duração variou entre 49 e 114 minutos.

O quadro a seguir (Quadro 6) ilustra as informações centrais dos trabalhadores com RL entrevistados.

Quadro 6 - Perfil da população de trabalhadores com restrição laboral entrevistados na Fase de Campo.

Entrevistado	Sexo	RL osteomuscular	RL saúde mental	Duração da RL	Função	Tempo na função
E6	F	x	x	7a2m	Auxiliar de cozinha	16a
E7	F	x		3m	Auxiliar de radiologia	2a3m
E8	M	x	x	5a	Auxiliar de cozinha	20a
E9	F		x	3a	Enfermeiro	12a
E10	M	x		2m	Técnico de manutenção	16a
E11	F	x	x	9m	Auxiliar de enfermagem	1a7m

A população entrevistada possuía características bastante heterogêneas quanto à função e tempo na mesma, além do tempo e conteúdo da RL.

6.1.2 Contextualização da formação da equipe de médicos do trabalho que designa RL

As informações aqui apresentadas são de caráter descritivo, ou seja, configuram-se como conteúdo informativo coletado das entrevistas com os profissionais que designam RL. Trata-se da apresentação do contexto de formação da equipe que designa RL no serviço estudado.

A formação de um grupo de profissionais médicos para atuação na prescrição e acompanhamento da restrição laboral deu-se em decorrência de demanda cotidiana ao SESMT de acompanhamento mais frequente de tais casos. Tal demanda originava-se dos trabalhadores adoecidos e chefias dos setores.

A escassez de profissionais no SESMT voltados para o monitoramento ou orientação da RL resultava na interpretação, pela equipe do serviço e gestores, de uso inadequado da mesma por alguns trabalhadores.

Os entrevistados referem que a falta de acompanhamento com frequência definida no princípio da RL produzia a percepção da situação como algo com temporalidade indefinida, parecendo condição ‘definitiva’ do trabalhador. Além disso, era fator desencadeante de conflitos com os gestores e demais trabalhadores do setor que mencionavam não sentirem-se acolhidos nesse processo.

Essa mesma condição de escasso acompanhamento da RL promovia situações de julgamento por parte dos profissionais do SESMT sobre o mérito ou não da RL para alguns trabalhadores. Fato esse evidenciado quando referem que a falta de acompanhamento suscitava o ‘mal uso’ da RL pelo trabalhador, aplicando-a de modo considerado como em benefício próprio, ou seja, em detrimento de outros trabalhadores do setor.

Esse tipo de situação acabava trazendo ganho secundário para muitos trabalhadores que se acomodavam: “ah, eu tenho uma restrição definitiva não posso carregar peso”. Então qualquer coisa de carregar peso era usado pelo trabalhador: “olha eu tenho aqui um atestado de restrição”.-E4

[...] Existe uma realidade de um número grande de trabalhadores com restrição definitiva [...]. Fator que chamava bastante atenção, porque não dá para alguém permanecer trabalhando com uma restrição definitiva importante. É um atestado de falta de cuidado. Você imagina que vai dar aquela restrição e paralelamente a isso o trabalhador vai continuar se tratando, se cuidando, até com perspectiva de melhora. De diminuição de dificuldades. -E5

A exposição dessa falha de atuação do SESMT motivou o coordenador do serviço a definir um grupo de médicos do trabalho para a designação e monitoramento das RLs. Compuseram esse grupo médicos do trabalho que também possuíam formação de especialidade nas áreas de ortopedia e psiquiatria.

A maioria dos trabalhadores tinham restrições relacionadas à CIDs de transtornos emocionais e mentais ou osteomuscular, muitos deles relacionados à dores crônicas e fibromialgias. Esse conjunto de situações correspondia a aproximadamente 70% dos casos. -E4

Enfatiza-se a importância de se ter médicos do trabalho também especialistas nessas áreas com o argumento de possibilitar maior compreensão dos aspectos clínicos do trabalhador. Considera-se que tal fato gere prescrições de RL mais assertivas, no sentido de proteção à saúde desses sujeitos.

Acredita-se, também, que a importância da compreensão da questão clínica tem direta relação com o controle do tempo de duração da RL. Referem que o médico que assiste ao sujeito, fora do trabalho, poderá *ter o viés de estar*

ajudando seu cliente' (E4). Ou seja, supõe-se que o médico assistente³², ao prescrever a RL, irá considerar os aspectos da saúde daquele paciente, e também poderá priorizar o pedido do mesmo quanto ao tempo de duração da mesma, solicitando, por vezes, longos períodos.

No contexto apresentado definiu-se a equipe que designa restrição laboral no serviço estudado, com os critérios de ser especialista em uma das áreas referidas acima e ser médico do trabalho com experiência prévia. Essa experiência não referia-se ao tempo de atuação do profissional e sim a percepção do coordenador do serviço sobre a existência de profissionais com *'uma visão um pouco maior da medicina do trabalho e mais experiência'*. -E4

Após definido o grupo de médicos, fez-se a proposta de estruturar um programa de RL pautado na construção de uma avaliação mais qualitativa da capacidade para o trabalho e da incapacidade do sujeito. Visava-se ganhos quantitativos e qualitativos na diminuição do tempo de duração da restrição, avaliação do impacto da mesma e possibilidade de acompanhamento, monitoramento da evolução de cada caso.

[...] o médico assistente é diferente do médico do trabalho, que vai avaliar o impacto que essa restrição de um ano pode causar. [...] nesse programa vou fazer o processo de inserção do trabalhador no trabalho, fazer uma avaliação sistemática para ver se aquilo está surtindo efeito ou não! O médico assistente dá o benefício, o médico do trabalho vai ter que acompanhar isso. -E4

³² O termo médico assistente refere-se aos médicos de diversas especialidades que assistem, ou seja, fazem o acompanhamento das questões clínicas de saúde dos sujeitos. São profissionais externos ao SESMT.

Ao longo do estudo será utilizada a nomenclatura médicos especialistas ou médicos assistentes.

Em suma, os dados exploratórios apresentados elucidam o contexto no qual foi formado o grupo de médicos que designa RL no serviço estudado. Os elementos de destaque foram: constante demanda de acompanhamento dos trabalhadores com RL, necessidade de ação do SESMT, importância de compreender os aspectos clínicos da condição de saúde e necessidade de delimitação da temporalidade da RL.

Por fim, no momento de realização da pesquisa esse grupo de médicos que designa RL já estava definido quanto a seus profissionais, mas permanecia em construção quanto ao processo de trabalho.

6.2 Resultados dos eixos estruturantes do Conceito de RL

A redação dos achados do estudo nessa seção inicia-se com a apresentação das definições do conceito de RL e segue, sequencialmente, com os *Antecedentes*, *Atributos* e *Consequências*.

São compostos por temas recorrentes nas entrevistas que foram agrupados em categorias analíticas. Estas serão desenvolvidas e ilustradas com trechos das entrevistas que refletem as percepções e concepções dos entrevistados.

6.2.1 Definições do Conceito de RL

O apontamento de definição conceitual de RL foi realizado por oito dos 11 entrevistados nessa Fase do estudo. Desses, cinco eram médicos do trabalho e três, trabalhadores com RL. O conteúdo referido encontra-se a seguir.

Os médicos que designam RL produziram definições com perspectivas diferentes entre si, sendo elas:

- É todo ato que deve ser evitado mediante um diagnóstico de uma incapacidade. -E3
- Restringir um trabalhador para algumas atividades que ele não possa exercer por orientação do especialista, por alguma orientação médica. -E5
- [...] Na essência é a tentativa de adequar o trabalhador a melhor forma de trabalho possível dentro de suas limitações [...] mesmo sabendo que às vezes é meio difícil. -E1
- Reduzir o impacto que a atividade, que a pessoa faz, tem sobre algum tipo de patologia que ela apresente. -E4
- É uma adaptação da função quando as pessoas ficam adoecidas, no ambiente de trabalho. -E2

Os trabalhadores com RL enveredaram suas respostas para o que é ‘ser restrito’, apesar de ter sido feito o questionamento acerca do conceito, no sentido de ‘o que é restrição laboral para você?’.

- É ser restrito e não pode fazer isso e aquilo. -E10
- A restrição é algo que vem de uma sequela do dia a dia, dos anos que vão se passando com o serviço repetitivo. -E6
- Eu tenho um problema, tenho as dificuldades, mas que no momento não são respeitadas, eu tenho, mas continuo fazendo as mesmas funções [...] não posso fazer, mas eu tenho que fazer. -E8

Destaca-se que a conceituação da RL apresenta variados aspectos entre os entrevistados.

Na perspectiva dos médicos que designam RL identifica-se proposições diversas, que transitam entre restringir o trabalhador na realização de algumas tarefas, permitindo que continue a trabalhar dentro de suas limitações, reduzir o impacto do trabalho no adoecimento do sujeito e buscar possibilitar adaptação da função à condição de saúde do trabalhador adoecido.

Já os trabalhadores restritos, quando definem RL, evidenciam o termo proibição e o elemento decorrência do trabalho, conceituando-a como um ‘estado de ser’, um adjetivo dado ao trabalhador.

6.2.2 Antecedentes

Os *Antecedentes* são caracterizados por situações ou eventos que precedem a restrição laboral. As categorias que compõem esse eixo são: CONDIÇÃO CLÍNICA; ASPECTOS DESENCADEANTES DA RL; IDENTIFICAÇÃO DO ADOECIMENTO; ATUAÇÃO DO ESPECIALISTA.

A CONDIÇÃO CLÍNICA do trabalhador é o *antecedente* referido com maior ênfase por todos os entrevistados. Na perspectiva de quem designa a RL, há o reconhecimento da necessidade de existir uma **demanda clínica**, com **condição de saúde limitante** inter-relacionada para se iniciar a designação de *restrição laboral*.

A demanda clínica pauta-se no processo saúde-doença do sujeito, podendo resultar de pós-cirúrgico ou quadro clínico agudo decorrente de atividades externas ao trabalho ou, ainda, patologia aguda ou crônica de ordem física ou psíquica (de saúde mental); ambas produzindo uma condição de saúde limitante, com quadro de incapacidade temporária ou permanente. Não há unanimidade entre os entrevistados quanto a: qual CONDIÇÃO CLÍNICA resulta em RL.

A maior parte dos designadores da RL indicou o grau de cronicidade da patologia como elemento de extrema importância na CONDIÇÃO CLÍNICA que antecede a decisão de iniciar a restrição laboral.

Os trabalhadores com RL destacam a gravidade do seu quadro de saúde como determinante do início da RL. A cronicidade da patologia é referida como elemento secundário.

Ainda no que tange à CONDIÇÃO CLÍNICA, os trabalhadores com RL indicaram que essa, por vezes, decorre de demanda excessiva de trabalho devido à redução de equipe no setor e/ou condições de trabalho não favoráveis para atender ao trabalho prescrito.

Se estou com estes problemas, adquiri aqui dentro, quando entrei não tinha problema no [local do corpo], nem no [outro local do corpo], não tinha problema em lugar nenhum, eles vieram com o passar dos anos. Surgiram as dores e você passa nos médicos. -E11
[...] Tem falta de funcionário do setor e a gente sempre dando conta do serviço, mesmo acumulado. Vai causar problema mais tarde, as sequelas. -E6

Os ASPECTOS DESENCADEANTES DA RL são um conjunto de condições de alerta para se considerar a possibilidade de uma restrição laboral. O primeiro deles trata-se do **retorno ao trabalho**.

A situação de retorno ao trabalho como desencadeadora de RL se configura quando somada à CONDIÇÃO CLÍNICA de incapacidade do sujeito. Os entrevistados enfatizam os momentos de retorno ao trabalho após cirurgia, afastamento prolongado, impossibilidade ou longa espera para acesso a tratamento de saúde ou não concessão de benefício previdenciário.

Alguns médicos entrevistados destacam que recorrentes altas previdenciárias ou indeferimento na concessão do benefício previdenciário são condição que precede a determinação da RL, pois o trabalhador opta por retornar ao trabalho motivado principalmente por questões financeiras. As negativas previdenciárias acabam, por vezes, impossibilitando que o trabalhador faça um adequado tratamento de saúde. Assim, o retorno ao trabalho acontecerá com o trabalhador em CONDIÇÃO CLÍNICA desfavorável e incapacitante.

Recebeu do INSS³³ três ou quatro negativas, o funcionário sente que quer voltar, porque ele não vai conseguir ter outro meio de subsistência. - E1

Outro ASPECTOS DESENCADEANTES DA RL destacado foi a existência de sequela de acidente de trabalho (AT) ou de doença ocupacional (DO). Na perspectiva dos designadores isso ocorre mesmo que o adoecimento não tenha o nexó técnico reconhecido.

Há heterogeneidade entre a equipe de médicos do trabalho quanto aos demais ASPECTOS DESENCADEANTES DA RL. Dois entrevistados apontam como antecedente da RL a identificação do trabalhador ter uma **CONDIÇÃO CLÍNICA que pode ser agravada pelo trabalho** ou no setor do mesmo. Essa

³³ Em casos de afastamento do trabalho por período superior há 15 dias, o pagamento do salário do trabalhador (segundo as regras do benefício previdenciário) passa a ser de responsabilidade do INSS, desde que esse reconheça no sujeito uma situação de incapacidade laborativa. Caso não haja esse reconhecimento o pagamento do benefício é indeferido, resultando numa situação de ausência de abono financeiro ao trabalhador.

percepção pode ser feita pelo médico do trabalho ou pelo trabalhador e o problema de saúde pode ou não ter sido desencadeado pelo trabalho.

[A RL] pode começar por causa de um problema do trabalhador em relação ao seu posto ou a sua atividade. -E3

Outra perspectiva dos ASPECTOS DESENCADEANTES DA RL, destacada por um dos entrevistados, é a ocorrência de breve avaliação do trabalhador por um médico especialista, que ao identificar ou aventar possível quadro clínico limitante para o trabalho, realiza o encaminhamento do trabalhador para o SESMT.

Ainda nos ASPECTOS DESENCADEANTES DA RL, os médicos entrevistados indicam duas vias para a definição da restrição laboral. Em uma via, a demanda clínica é o antecedente direto para que a equipe de saúde ocupacional do serviço venha a definir qual será a RL do trabalhador. Na outra, o antecedente se caracteriza pelo acompanhamento do médico assistente com emissão de um relatório que conste indicações de restrição laboral, ou seja, esta virá indicada pelo médico especialista durante o acompanhamento do processo saúde-doença.

A IDENTIFICAÇÃO DO ADOECIMENTO do trabalhador é apontada unanimemente como algo que precede à definição de RL. Os designadores ressaltam a necessidade do **reconhecimento do adoecimento pelo trabalhador e pelo médico assistente**. Além disso, alguns trabalhadores com restrição

destacam a IDENTIFICAÇÃO DO ADOECIMENTO deles pela chefia como um elemento tão central quanto os demais.

No que se refere à IDENTIFICAÇÃO DO ADOECIMENTO pelos médicos, todos os entrevistados mencionam o médico assistente como ator principal. Os trabalhadores com RL e alguns médicos entrevistados destacam o papel do médico assistente de identificar, avaliar, acompanhar e emitir laudos médicos como o início do processo de se considerar a designação de uma RL.

Primeiro passo: o indivíduo vai ao médico [assistente] porque está se queixando de dor. O médico faz um tratamento clínico. A dor permanece e o médico acrescenta outros tratamentos, como a fisioterapia por exemplo. Ele continua com dor e adoecendo. Começa a pedir afastamento do trabalho. Então o médico chega no impasse do adoecimento do trabalhador e o trabalho que ele faz. -E1

No entanto, há médicos do trabalho que compreendem que a IDENTIFICAÇÃO DO ADOECIMENTO pode ser feita inicialmente por eles mesmos, seguida de posterior validação pelo médico assistente.

Na perspectiva dos entrevistados, a ATUAÇÃO DO ESPECIALISTA é composta de três ações principais: **emissão de laudo, avaliação e encaminhamento do trabalhador adoecido e relatório indicando RLs.**

Na ATUAÇÃO DO ESPECIALISTA, a avaliação trata-se de avaliação clínica seguida de encaminhamento para a equipe de saúde ocupacional.

[O médico assistente] fala do problema e do que eu não posso fazer. - E11

O laudo do especialista geralmente contém informações sobre a condição clínica do sujeito e raramente sobre perspectivas de tal quadro de saúde, o prognóstico.

As informações da categoria ASPECTOS DESENCADEANTES DA RL irão subsidiar as vias de definição da restrição laboral.

Além disso, os entrevistados são unânimes em afirmar que o médico especialista emite relatório indicando as restrições laborais. Essa indicação é considerada como um *antecedente* na medida em que precisa receber o ‘carimbo do médico do trabalho’ para se transformar em RL reconhecida na instituição empregadora.

Portanto, o ‘relatório do especialista indicando RL’ será o elemento de delimitação entre os *Antecedentes* e *Atributos* do conceito em estudo.

Em continuidade aos resultados, aponta-se a seguir os *Atributos* do conceito.

6.2.3 Atributos

Os *Atributos* são as características e elementos essenciais próprios do conceito de restrição laboral no contexto específico desse estudo.

As categorias que compõem esse eixo são: RESTRINGIR E PROMOVER LEGITIMIDADE À INCAPACIDADE, DESIGNAR O SUJEITO DA RESTRIÇÃO, CONHECER O CAMINHO CLÍNICO, DEFINIR PAPÉIS e INTERSECÇÕES NA CONSTRUÇÃO DO CONTEÚDO, IMPOR LIMITAÇÕES, RECONHECER A HETEROGENEIDADE e ESTABELECEER TEMPORALIDADE E MONITORAMENTO.

RESTRINGIR E PROMOVER LEGITIMIDADE À INCAPACIDADE evidenciam o escopo e significados de uma restrição laboral. Se configura como um indicativo de impossibilidades do trabalhador.

Designar e ter RL são entendidos como RESTRINGIR, com sentidos variados entre os entrevistados. Restringir pode ser **proibir; imobilizar, paralisar; adaptar, adequar e/ou readequar**; ou ainda, promover reinserção.

O proibir relaciona-se à RL ser um indicador de **impossibilidades e limitações** para o trabalhador. Faz-se um recorte de ações e/ou movimentos que o trabalhador não pode realizar. Estes, movimentos e ações, não necessariamente são exigidos no trabalho cotidiano do sujeito.

A restrição será sempre indicando o que [o trabalhador] não pode fazer. - E11
[O documento vem indicando] Não pode isso, não pode aquilo. -E5
É da atividade que ele exerce no trabalho [...] se para ele não dá do jeito que ele exerce, então está restrito para aquela atividade pontual. -E5

Para os entrevistados, ao RESTRINGIR E PROMOVER LEGITIMIDADE À INCAPACIDADE a imobilização e paralização referem-se ao não movimentar de

determinadas articulações, partes do corpo ou não execução de ações que acometam estruturas corporais adoecidas e com alterações. Já adaptar, adequar ou readequar significam a possibilidade de limitar ou mudar o modo do sujeito realizar ações ou movimentos que podem agravar sua situação de saúde.

A restrição é dada para imobilizar [...]. Permitir que o segmento usado no trabalho seja descansado, seja repousado, não seja usado. -E3
É readequar o mais possível, da melhor forma possível o trabalhador ao posto de trabalho, mesmo sabendo que às vezes é difícil. -E1
Readequar o funcionário da melhor forma possível ao posto de trabalho. -E7

Para tanto, pode-se realizar a redução do número e/ou do tipo de atividades, ou, ainda, diminuição do tempo que o trabalhador está em determinada atividade.

A restrição às vezes não é dada por eliminação da atividade do segmento, é a diminuição do tempo em atividade. -E3
Habitualmente a restrição é da função daquele trabalhador. -E2
[...] Não faz mudança de turno através da restrição. -E4

Ademais, ao RESTRINGIR E PROMOVER LEGITIMIDADE À INCAPACIDADE pode-se promover reinserção no trabalho: com introdução de ou em novas atividades, em novo setor e/ou em nova equipe.

Promover a reinserção do trabalhador que ficou adoecido de uma maneira mais adaptada. -E2

Um elemento evidenciado é que a restrição limita-se ao trabalho, ou seja, seu alcance como algo a ser seguido, respeitado e refere-se ao trabalho desenvolvido pelo sujeito naquela instituição empregadora. O alcance referido tem direta relação com o possível controle da aplicação do conteúdo da RL.

Restrição é do trabalho, [...] não se restringe em casa ou outro lugar. -E1
Então uma restrição é muito relativa. -E4

Outro ponto destacado é que RESTRINGIR E PROMOVER LEGITIMIDADE À INCAPACIDADE permite ao trabalhador **permanecer trabalhando** e legalizar sua condição de saúde. Assim, os trabalhadores com restrição destacam a importância da RL como forma de legitimar, frente à chefia e pares de trabalho, sua incapacidade e suas dificuldades em realizar certas atividades ou estar em determinados locais de trabalho.

Falo que eu não queria ter [a RL], mas se eu não tenho a minha chefia poderia forçar coisas que eu poderia ficar aleijada?! Com essa carta que o médico me deu, tenho um pouco mais de segurança para me poupar um pouco e não ter uma sequência pior. -E6

Nessa situação, DESIGNAR O SUJEITO DA RESTRIÇÃO é um aspecto importante, uma vez que RESTRINGIR E PROMOVER LEGITIMIDADE À INCAPACIDADE **pertence ao sujeito** e, para alguns designadores, se faz relevante acompanhar a restrição ‘para saber se o problema é dele [trabalhador] ou do meio ambiente. [...] saber se a culpa é dele ou do meio ambiente’ E4.

Os entrevistados são unânimes em retratar que a RL é dada ao trabalhador, ou seja, é do sujeito. Referem ainda que este tem o papel de cumprir as indicações feitas.

É minha obrigação fazer a restrição. Sou eu que quero melhorar. -E11
[O trabalhador] tem que ter consciência de sua limitação, de sua restrição. -E1

A restrição faz parte dele [trabalhador]. Muitas vezes eu escuto: 'ah, mas não respeitam minha restrição'. Esse papel é do trabalhador também, o gerenciamento e o respeito da restrição. O trabalhador tem que ter uma participação ativa no cumprimento e na confecção da RL. -E4

Ao DESIGNAR O SUJEITO DA RESTRIÇÃO, por vezes, referem a existência de um entorno, que seria um contraponto. Há um contexto no qual a restrição se insere, 'o meio que a cerca', composto pelas condições de trabalho, chefias e pares de trabalho. No entanto, esses elementos são referidos, mas não necessariamente considerados para a elaboração da restrição.

A restrição é dada pelo mecanismo que envolve o trabalhador e o meio que a cerca. [...] uma conversa que amplia [as possibilidades da RL] é o entendimento do ambiente de trabalho com a chefia. -E2

O ato é ele [trabalhador] que faz, a condição é a que o trabalho dá. [...] a gente quer que as coisas funcionem, que o trabalho funcione, mas que o trabalhador seja protegido e quando necessário não faça [determinada atividade]. -E5

A restrição é minha. Levo ela para o meu setor, mas continua sendo minha. -E11

No contexto estudado, CONHECER O CAMINHO CLÍNICO é prerrogativa para construir o caminho da restrição laboral. Estas são renovadas temporariamente, e a 'reavaliação periódica da restrição vai tendo seu caminho de

acordo com o caminho clínico. Vamos (médicos do trabalho) pedindo laudos complementares para ir caminhando com a restrição dada' (E4).

CONHECER O CAMINHO CLÍNICO determina o fluxo, que, conforme os entrevistados, não é linear, mas possui algumas etapas e elementos pré-determinados para todos os casos.

Na medida em que o trabalhador passou pelo médico dele, ele vem com esse papel, fazemos outra avaliação, eventualmente conversamos com chefia e, depois faz uma reavaliação. -E2

Ao CONHECER O CAMINHO CLÍNICO detecta-se a **cronicidade da patologia** e o **grau de incapacidade** do sujeito como critérios centrais na definição de RL.

Teoricamente a atividade não deveria ser motivo para adoecer ninguém; então a restrição é dada pela cronicidade da doença [...] e a incapacidade que o trabalhador tem. -E4

A ocorrência de alterações em tais elementos é de grande relevância e constitui um dos itens destacados ao DEFINIR PAPÉIS E INTERSECÇÕES NA CONSTRUÇÃO DO CONTEÚDO da RL. O aumento na cronicidade e/ou incapacidade pode resultar em alteração no conteúdo da restrição laboral e a diminuição pode levar ao encerramento da mesma. Portanto, a restrição não é estática, ou seja, é passível de modificação no decorrer do processo.

Antes era só peso, depois passou, com a piora do quadro, para distância. Agora acho que já aumentou porque ao invés de melhorar, estou piorando [...]. -E11

Algumas restrições têm alta. Geralmente quando é uma coisa pontual, como uma cirurgia que o INSS ao invés de dar 60 dias para a recuperação deu 15 ou 30. [...] Quando é um problema crônico é mais difícil você conseguir dar alta. -E1

A oficialização da RL acontece pela emissão de um ASO com restrição. Elementos diversos compõem as INTERSECÇÕES NA CONSTRUÇÃO DO CONTEÚDO da RL: o acometimento de saúde, os aspectos do ambiente de trabalho, o médico do trabalho, o médico assistente (especialista) e os papéis e responsabilidades dos demais sujeitos envolvidos.

[Médico assistente] fala do problema e do que eu não posso fazer, trago a carta para o médico do trabalho [...] e o médico tira uma cópia para pôr na pasta arquivada falando o que eu não posso devido ao problema de saúde que estou [...]. -E11

A restrição vem de uma sequela do dia-a-dia, dos anos que vão passando com o serviço repetitivo [...].-E6

Passo com o médico, pego um papel que um fica comigo, um com a chefia e um no RH. O meu fica comigo, o do RH fica no RH e o da chefia fica na mesa dela. -E8

Os elementos referidos como essenciais pelos designadores e percebidos pelos trabalhadores como estruturantes de sua RL são o **adoecimento** (acometimento de saúde), a **avaliação do médico especialista**, o **histórico ocupacional** e a **atuação do médico do trabalho**. Outros elementos, quando apontados, foram coadjuvantes na RL.

[Compuseram a RL] o psiquiatra, o meu problema mesmo e o médico do trabalho. -E9

[...] O quadro físico, como estava no momento e no que ele viu no meu prontuário, no prontuário de atendimento ambulatorial. -E7

Todos os dados dos exames, o que pode e o que não pode fazer, coloca tudo no relatório e manda para mim e eu entrego aqui [no SESMT]. -E8

Tem que ver o nexó entre a história clínica e o posto de trabalho [...] a história clínica é a patologia, a avaliação clínica, a avaliação do especialista, os exames. -E5

Como já é [algo] sabido aqui na instituição a maioria [dos trabalhadores] não vem sem uma avaliação do assistencialista. Quando acontece, a gente avalia o caso, os exames, passa a restrição e já manda acompanhar junto com o especialista. Isso é necessário, o acompanhamento do especialista. -E1

O conhecimento do posto de trabalho e das atividades desenvolvidas, os aspectos psicológicos e a opinião do trabalhador quanto ao conteúdo da restrição foram elementos apresentados de modo coadjuvante e não unânime entre os designadores, compondo as INTERSECÇÕES NA CONSTRUÇÃO DO CONTEÚDO da RL.

Avaliação do médico assistente junto com a avaliação do médico que tem que conhecer o posto de trabalho -E4

Avaliação clínica, avaliação do histórico ocupacional da pessoa, avaliação dos exames e do posto de trabalho. -E1

Uma boa avaliação da função de atividade do trabalhador, ter o conhecimento do ambiente de trabalho, saber onde ele vai trabalhar, ter um bom parecer e um bom amparo do ponto de vista clínico do que esse trabalhador tem de problemática. [...] Leio com ele (trabalhador) como ficou a restrição e vejo se faz sentido para ele. -E2

Primeiro a queixa do paciente, segundo a atividade que ele faz, terceiro a parte psicológica; mas no fundo vamos tirar a parte psicológica porque ela está em volta de tudo e não temos como tratar aqui no trabalho. -E3

O médico do trabalho por diversas vezes não conhece o posto de trabalho e as atividades desenvolvidas cotidianamente pelo trabalhador. Essa prerrogativa foi considerada como coadjuvante por ter sido destacada a importância de conhecer o posto de trabalho e, concomitantemente, a impossibilidade dos médicos em ir ao

mesmo e conhecer todos os trabalhos existentes na instituição. Portanto, referem como algo importante, mas não imprescindível ou factível para que se determine a RL.

Extrapolo aquilo que as vezes eu poderia dar de restrição, faço uma avaliação mais ampla porque eu não conheço a limitação do trabalho dele lá no posto. -E1

Conheço meu trabalho. Eles não, nunca foram lá. -E10

Não conheço os postos de trabalho, nem toda rotina de trabalho, é difícil conhecer aqui. -E5

As composições de intersecção de elementos dependerão **dos papéis dados aos envolvidos** na definição da RL. Há, por parte dos designadores, uma heterogeneidade nos **papéis dos médicos assistentes e do trabalho**.

O médico do IOT [Instituto de Ortopedia e Traumatologia] mandou uma resposta, falou que ele só poderia cuidar do problema se ela sair do setor que está trabalhando. Como vou cuidar se ela continua fazendo o mesmo serviço. -E6

Em casos que a restrição tinha um componente de sofrimento mental ligado as questões de ambiente de trabalho tem que focar um pouco nisso; olhar essas questões e não deixar a restrição na conta do diagnóstico psiquiátrico. Assim conseguimos fazer alguns ajustes e ter a suspensão de restrições. -E2

É consonante a participação do médico assistente, no entanto, alguns afirmam ser esse o profissional que define a RL e outros, que ele emite parecer técnico que servirá de base para o médico do trabalho definir as restrições do sujeito.

O reconhecimento do papel do médico assistente como fornecedor da RL possui dois eixos: um trata-se da validação do acompanhamento clínico como fator central da restrição e, outro, de uma questão ética e corporativista. Em nenhum deles questiona-se a capacidade ou possibilidade do médico especialista conhecer o trabalho para restringir o sujeito para o mesmo.

No que tange ao aspecto clínico, argumenta-se que o olhar clínico sob o paciente, o acompanhamento de sua saúde com avaliação e reavaliação periódicas são elementos que permitem ao médico assistente determinar o que esse sujeito não pode fazer no trabalho.

Tem um olhar clínico, que é muito peculiar e que é para ser respeitado [...] contemplo o que o assistente pede. -E2

Depende exclusivamente do médico que o trata; ele que vai passar a restrição. -E3

Faz um relatório dizendo como eu estou. No primeiro falou que eu não tinha condições de fazer minha atividade, o que eu estava fazendo; agora toda vez que eu passo com ele é para manter a restrição. -E9

Tem um papel muito importante, porque ele é que está acompanhando a patologia. Então essa avaliação e reavaliação periódica, até para saber se realmente naquele caso, restringindo o trabalho a pessoa tem condições de continuar trabalhando ou se ela vai para o INSS [...]. -E5

A gente infelizmente não designa restrição, a gente transcreve a restrição dada pelo colega assistente. Falo para o funcionário: 'não posso mandar, quem manda é o seu médico; eu apenas transcrevo o que ele manda'. -E1

Ademais referem que o trabalhador chega com um documento de outro médico e, portanto, não acatá-lo seria confrontar outro CRM³⁴, uma questão ética entre tais profissionais, além da possibilidade de futura ação judicial.

³⁴ Referindo-se a figura de outro médico. CRM é o termo utilizado para se referir ao registro profissional junto ao Conselho Regional de Medicina.

Há um aspecto ético nessa questão: o trabalhador quando chega no SESMT, na maioria das vezes, já traz a restrição do médico assistente. Vem um documento escrito, carimbado e assinado. [...] Ou seja, se eu falar isso aqui é uma besteira não vamos seguir e o paciente piorar, serei o responsável por isso eticamente. -E4

[O trabalhador] tem esse documento. Então qualquer atitude, qualquer decisão que você tome contrário aquilo, sem estar bem embasado, pode ser usado contra você e terminar num processo trabalhista. -E4

Quanto à **responsabilidade** pela RL, enfatizam que: ‘é **compartilhada**. Do ponto de vista legal e trabalhista é do médico do trabalho; mas o médico assistente tem grande responsabilidade junto ao trabalhador quando ele dá uma restrição laboral’. -E4

Responsabilidade tinha que ser dos médicos: tenho um problema, venho e passo com eles. São então os responsáveis em definir e resolver a situação. -E11

No DEFINIR PAPÉIS E INTERSECÇÕES NA CONSTRUÇÃO DO CONTEÚDO da RL, o médico assistente pode atuar como mais um elemento de composição. Sua importância é dada por ser o profissional que acompanha clinicamente a saúde do trabalhador e, portanto, emitirá relatórios que subsidiarão o médico do trabalho no conteúdo das RLs.

[Médico especialista] fala qual o meu estado e fala do esquecimento, das várias medicações. Venho e o médico daqui [trabalho] que fala o que eu não posso fazer. -E9

Você vem e traz a carta do ortopedista para o médico do trabalho, ele avalia e te dá a restrição. -E6

Quem definiu para mim o que eu podia fazer e o que não podia foi o médico do trabalho. Mediante toda a informação e com os exames na mão o médico do trabalho examinou e chegou à conclusão. -E7

Tem um papel muito importante o diagnóstico e prognóstico do colega. Ele que está tratando. Na avaliação e reavaliação periódica ele sabe dizer como está o trabalhador. -E5

Tem o jeito de cada um fazer. Alguns mais baseados na questão do atestado, dependendo da habilidade clínica [do médico do trabalho] há uma peculiaridade no jeito que faz a restrição. [...] se tenta uniformizar, mas tem uma questão de estilo sim. -E2

Também destacam que o médico do trabalho deve considerar o parecer do médico assistente, mas precisa decodificar isso, fazendo *‘uma modificação para a questão ocupacional e para a restrição funcional’*. -E2

Chegam coisas muito grotescas; eu questiono e tenho feito umas adaptações para não ser da forma como foi escrito porque acho que a realidade não funciona assim lá no posto de trabalho. -E5

Questionam a existência de um certo ‘paternalismo médico’ por parte do especialista quando o paciente refere que precisa voltar ao trabalho, resultando em indicação de restrições que são incompatíveis com a possibilidade de se deslocar residência-trabalho ou de desenvolver qualquer atividade laboral no contexto de assistência hospitalar.

Como alguém pode colocar num atestado médico que o indivíduo não pode carregar peso? Carga zero?!?! Essa pessoa então nem pode vir trabalhar!’ -E4

Os trabalhadores também apresentam uma heterogeneidade quanto a quem define a RL, mas não como algo conflitante e sim como percepções diferentes entre os entrevistados.

Alguns referem que o médico assistente faz o acompanhamento do processo saúde-doença e produz relatórios com esses dados para o médico do trabalho, que define a restrição laboral. Outros indicam que o médico assistente, para acompanhar o processo de adoecimento solicita exames e tratamentos, e isso o embasa para a emissão de relatórios indicando o que o sujeito pode ou não fazer no trabalho. No entanto, o papel de cada um dos médicos (especialista e do trabalho) não se configura como questão para os trabalhadores; a compreensão que apresentam é que ambos os médicos compõem esse processo e que não terão a RL sem a participação deles.

Os trabalhadores, no que tange a DEFINIR PAPÉIS, questionam o papel dos demais membros do trabalho cotidiano: chefias e pares de trabalho.

Os papéis oscilam entre a participação e ausência no processo de aplicação da RL. As ações da chefia referidas pelos entrevistados são: determinam as atividades e acolhem as indicações do documento de restrição, não se posicionam frente à demanda do trabalhador e/ou não apresentam resolutividade no setor e com os pares de trabalho do trabalhador restrito.

Tentamos marcar uma reunião com ela, porém não pode vir ninguém, agora não tem nenhum dia de agendamento, estão muito atarefados. É isso que respondem. Vai só adiando, até eu acalmar de falar e de cobrar. Fica tudo do mesmo jeito. -E11

[A chefia] me preservou [...] falou fica só no comando do lado de fora e no posicionamento. Teve restrição o chefe vai obedecer. Mas se eu obedecer à colega e ela falar eu acho que isso daqui você pode pegar e eu obedeco o que ela quer, estou forçando, não vou melhorar no prazo que ele acredita que eu vou melhorar. Depende de mim. -E7

Na gaveta da minha chefe tem a restrição. A minha diretora deve saber, porque o que chega até a chefe tem que ir até a diretora. -E11

A chefia do setor, alguém do setor tinha que tomar a frente da situação, ver o que pode ou não pode fazer [...] conversaram com a chefe e a diretora, não vieram [ao SESMT], foi por telefone essa conversa. -E6
Acredito que foram os médicos aqui e a chefia, teve até uma reunião, elas participaram. -E8

Assim, DEFINIR PAPÉIS implica em estabelecer relações interpessoais, que são destacadas ao IMPOR LIMITAÇÕES, na medida que a restrição de um trabalhador reflete na organização do trabalho de toda a equipe.

A designação de RL ao trabalhador tem o atributo de IMPOR LIMITAÇÕES, como apresentado em RESTRINGIR E PROMOVER LEGITIMIDADE À INCAPACIDADE. Ela traz consigo um arcabouço de limitações que serão vivenciadas pelos trabalhadores e todos os demais envolvidos na situação de trabalho.

Referem a proposta de conceder tempo para a recuperação de saúde do sujeito. Em contraponto, indicam que a aplicação da restrição depende de **negociações individuais no setor**, ou seja, é o trabalhador quem leva a restrição para o setor e cotidianamente negocia sua aplicação; questionando os reflexos disso para a saúde dos mesmos.

Ao IMPOR LIMITAÇÕES faz-se necessário que a equipe (chefia e pares de trabalho) saiba que o trabalhador não pode fazer determinadas coisas e que terá reflexos no planejamento das tarefas, na divisão do trabalho e na contribuição com o coletivo.

Penso que se a gente tivesse no setor um diálogo sem tanta cobrança, eu iria conseguir fazer o serviço que eu faço, talvez outro, que fosse aliviar meu problema. -E6

Até o dia em que conversei com a menina que trabalha comigo e falei para ela; 'entendo sua posição, mas para mim também é bem desagradável ficar escutando estas coisas'. Se por um lado é ruim carregar um bloco na minha vez, também é ruim ter que ficar ouvindo estas coisas. Vou fazer o que eu posso e eles têm que entender. -E7

Precisa saber que a partir de agora não pode contar comigo para uma determinada função, por um determinado período não vou poder fazer tal função. Por um determinado tempo vai sofrer um impacto para quem está trabalhando junto no mesmo setor, no mesmo lugar. -E7

Pergunto: eu que deveria negociar isso quase todo dia lá? Já tenho que levar o papel da restrição! -E11

Os trabalhadores referem duas possíveis posturas quando se tem RL: uma é de não fazer uma ou mais atividades do trabalho e outra de terem dificuldades em se posicionar e ser acolhido pelos pares e chefias.

Você levanta da sua casa, pega metrô, vem trabalhar, cumpre seu horário, tenta fazer o que o chefe falou para fazer [...] faz a parte tal, faz o posicionamento do paciente, você só não coloca o bloco. E o fato de não colocar já dá nisso com os colegas. -E7

Mas minha chefe falou que não tem como, não tenho onde ir, tenho que ficar aqui mesmo que é o lugar mais calmo, mais leve. -E6

Isso depende muito de cada um, tem gente que acha ótimo, não posso pronto e acabou. -E11

É fácil vou pegar uma carta também, acham que é fácil. A gente acaba levando na brincadeira, não ligamos muito, mas no começo era bem chato, ser tirado como restrito. -E8

Os entrevistados indicam diversas possibilidades de restrição laboral, referindo-se a tipos ou apenas indicando que existem **variações**. O leque de possibilidades de classificar as restrições pode ser traduzido como uma forma de RECONHECER A HETEROGENEIDADE.

Tal reconhecimento relaciona-se com **RESTRINGIR E PROMOVER LEGITIMIDADE À INCAPACIDADE** na medida em que apresenta variações de acometimentos de ordem física ou psíquica, da gravidade do acometimento, do tempo necessário para sua recuperação e/ou de possível ‘irrecuperabilidade’ do quadro de saúde incapacitante.

A ‘irrecuperabilidade’, ou seja, a **cronicidade do quadro** sem perspectiva de melhora e de retrocesso na limitação adquirida, é percebida na avaliação médica mas não é dada como fato; configurando para os médicos do trabalho como uma restrição ‘forte’. Será uma restrição que sabem que precisará de reavaliação e acompanhamento.

Cada restrição, cada problema é diferente um do outro. -E6
Existe diferença sim. Porque lá no meu setor tenho eu com psiquiátrica, tem a outra que é ortopédica, que é outro tipo de restrição que ela faz outra coisa, tem outra que tem problema renal que faz outra coisa. -E9

Identificam restrições: psiquiátricas, ortopédicas, cirúrgicas, oftalmológicas e dermatológicas associadas com a especialidade médica do adoecimento. Além disso, são ainda definidas restrições simples e complexas; total e parcial; leve e definitiva; permanente e forte.

As simples e complexas referem-se à possibilidade de previsibilidade de seu término, sendo que a simples tem ‘dia e hora para encerrar’ e a complexa ‘vai precisar de reavaliação e acompanhamento’ (E5).

A total e parcial dizem respeito ao tempo de duração do conteúdo ao qual o trabalhador está restrito, ou seja, ‘na total você não pode mexer o braço, mas na parcial você pode mexer por 45 minutos e descansar 15, por exemplo’ (E3). A definitiva se assemelha a total: também refere-se ao tempo de duração e delimita algo (ação ou movimento) que o trabalhador não mais poderá fazer, ‘para sempre’. Já a leve indica que o trabalhador ‘precisa parar de fazer alguma coisa mais pesada naquele momento’ (E7), referindo-se a demandas de esforço físico (carregamento de peso, deslocamento, longa permanência em certas posturas, entre outros).

Ainda no RECONHECER A HETEROGENEIDADE há a identificação da situação permanente, ou seja, restrição na qual o tempo de duração será ‘ad eternum, ele (trabalhador) terá que trocar de posição no hospital, mudar a função que faz’ (E3). Em contraponto, alguns entrevistados indicam que não se designa essa classificação pois há a perspectiva de readaptação interna para tais casos.

A restrição laboral quando designada possui um prazo que serve como referência para ESTABELECEMOS TEMPORALIDADE E MONITORAMENTO. Há o estabelecimento de prazos para avaliar e reavaliar o trabalhador, gerando um processo de acompanhamento. Na concepção desse prazo a proposta é que se possa fazer a **reavaliação e o monitoramento** da mesma.

Toda vez que eu passo no psiquiatra, passo no médico do trabalho também. A cada dois meses. -E9

Acaba tendo uma periodicidade, mas ela não é fixa, é variável porque vai depender da consulta do paciente restrito com o médico assistencialista. -E2

Vai sendo renovada de três em três meses, pelo médico do trabalho. -E6

O monitoramento é composto de três vertentes interconectadas: acompanhar a condição clínica do trabalhador; controlar a restrição; e avaliar sua efetividade.

O controle da condição clínica do trabalhador envolve a assistência junto ao especialista, o tratamento de saúde e o monitoramento de melhora, estabilização ou agravamento do adoecimento e da incapacidade. Todos esses aspectos permitem, no ponto de vista dos designadores, controlar e avaliar a efetividade da restrição.

[Médico do trabalho] avaliava e dava mais trinta dias, até que aumentou para sessenta. Como não estava tendo melhora nenhuma me mandou fazer tratamento com ortopedista, aqui eu não consegui, tive que pegar um ortopedista de fora. -E8

[...] A partir do momento em que eles eram restritos aqui, deixavam de fazer acompanhamento com especialista. -E4

Eu não posso dar mais de 90 dias de restrição. 'doutor, por que o senhor não pode dar se minha médica dá um ano?'. Por que eu não sei se em 90 dias você vai estar melhor ou pior. -E3

Ele vai ser reavaliado após um certo período. Geralmente o especialista indica, mas se ele não indicar a gente dá uma margem para não ser uma restrição 'ad eternum'. É enquanto ele faz o tratamento. Não adianta só restringir porque o trabalho pode até contribuir para aquela lesão, mas não necessariamente vai ser o vilão total da história. A pessoa tem que fazer um tratamento junto. -E5

ESTABELECEER TEMPORALIDADE E MONITORAMENTO serve para 'ver se a restrição está fazendo efeito; ou se mesmo com ela a pessoa está piorando. Nesse caso a gente melhora a restrição e aguarda o parecer do médico assistente' (E1).

Na perspectiva dos trabalhadores também serve para o controle, no sentido de que a restrição não seja eterna no setor, ou seja, que todos saibam da prerrogativa de existência de prazos, assim ‘ela não pode ser utilizada fora de seu prazo de validade’ (E10), estabelecido pelos designadores.

A existência de **prazos pré-estabelecidos e a temporalidade** dada à RL são indicados pelos trabalhadores (com RL) como geradores de expectativas e, também, de colaboração no setor de trabalho.

Os pares e chefias sabem da existência de um tempo previsto para o fim da RL e isso é apontado com aspecto positivo na medida em que promove melhor aceitação e cooperação dos colegas e chefias na delimitação de atividades e/ou responsabilidades ao trabalhador restrito. Também apontam que o prazo inicialmente previsto gera desconforto no setor quando da percepção de não finalização e sim extensão da restrição.

Tempo determinado! Sabia que por sessenta dias ia passar por aquela situação, tinha que melhorar daquele quadro. -E7

O fato da RL ser concebida com prazo para terminar gera, para alguns trabalhadores, sentimento de conforto na medida em que percebem que sua condição de saúde tem perspectiva de melhora. Para outros, o sentimento é de início de uma ‘batalha’, uma vez que acreditam que sua saúde não irá melhorar nesse prazo e, portanto, viverá situações de desconfiança, descrédito, controle e falta de colaboração no setor (chefia e pares).

Entendo isso do prazo determinado: quando [o médico] entende que existe a possibilidade de a pessoa melhorar. -E10

Por fim, o conteúdo que compõe as sete categorias dos *Atributos* da RL evidencia a relevância da temporalidade, dos papéis dos envolvidos, da delimitação do conteúdo da RL como algo que restringe e do reconhecimento da limitação do sujeito na construção da legitimação da RL.

Tem-se, portanto, ampla gama de elementos interconectados compondo os atributos da RL na percepção dos entrevistados.

Dando sequência aos resultados do estudo, será apresentado e eixo *Consequências* a seguir.

6.2.4 Consequências

As *Consequências* são eventos ou situações que resultam da aplicação do conceito em determinado contexto. No caso do presente estudo, decorrem da designação e vivência da restrição laboral.

São *Consequências*: IMPOSSIBILIDADE DE APLICAÇÃO, EFEITO BOLA DE NEVE, COOPERAÇÃO, VIVÊNCIA DE CONFLITOS, EXPERIENCIAR AS LIMITAÇÕES IMPOSTAS e VISIBILIDADE À DOENÇA.

Os trabalhadores com RL referem que no cotidiano de trabalho há, por vezes, a IMPOSSIBILIDADE DE APLICAÇÃO do conteúdo da mesma, ou seja, as **limitações designadas não são respeitadas no trabalho**, fazendo com que o trabalhador as transcenda. Fato que gera perda do sentido das restrições ao trabalhador e **constrangimentos no cotidiano**.

A restrição existe, mas eu acabo não respeitando [...] Não sei para que serve, pois continuo fazendo as mesmas atividades [...] querer e poder não é a mesma coisa. -E11

Percebem, unanimemente, a existência de um EFEITO BOLA DE NEVE: a restrição, ao limitar o trabalhador, gera **sobrecarga de trabalho** aos demais pares, podendo resultar em **novos adoecimentos e novas restrições no setor**. Decorrente dessa realidade há impactos na COOPERAÇÃO e nas relações interpessoais, com a VIVÊNCIA DE CONFLITOS (explícitos ou não).

O EFEITO BOLA DE NEVE é referido como uma consequência da restrição passar de um momento a um processo, em sua temporalidade.

Ele vem me ajudar [...] o coitado volta para lá. São oito horas de serviço sem parar, daqui um ano ou dois ele vai estar com alguma restrição ou sequela. -E6

As pessoas ficam muito incomodadas com quem tem restrição, por que na verdade quem não tem restrição trabalha mais. -E9

Às vezes quando faz reunião, alguém fala do restrito, questiona. Até nos defendemos falando 'eu não pedi para que acontecesse isso, mas aconteceu'. Muitos dos que reclamaram dos restritos estão ficando restritos também. -E8

O que acontece por trás disso tudo é um serviço que tem uma demanda muito grande e poucos funcionários; então vai sempre sobrando para um. A restrição poupa alguns, mas piora para outros. -E5

Há uma perspectiva positiva no reconhecimento do EFEITO BOLA DE NEVE que é o aumento da percepção de risco no trabalho para e pelos demais colegas.

Além disso, vivenciar a RL produz nos trabalhadores uma percepção acerca do adoecimento e da possibilidade e desejo de evitar que isso aconteça novamente consigo e com os demais colegas. Uma das consequências da RL é o desejo de evitar a mesma.

Tem um lado positivo, não é tudo negativo. Um está restrito o outro se polícia para não ficar igual. -E7

Com diálogo acho que teria como evitar essas restrições, esses problemas, estas sequelas que estão surgindo com o tempo. [...] ter a visão que se ficar forçando muito um funcionário, daqui uns dias não terá mais ele. -E6

Após a designação de RL há o comprometimento da COOPERAÇÃO na equipe. Indicam que se a cooperação for um atributo essencial para a **viabilização da restrição**, a consequência será a **sobrecarga de outros trabalhadores** e novos processo de adoecimento. A equipe arcará com o ônus da restrição.

No entanto, referem que se não houver cooperação dos pares, o trabalhador não consegue respeitar sua restrição.

Não faz parte do trabalho deles, então não ajudam. É difícil. -E10

É chato e você acaba fazendo para não depender do colega e acaba fazendo, quando vê já fez. -E8

Se eu deixo a colega assumir o trabalho que está comigo, eu tento corrigir, a colega fala: 'se está achando ruim, faz você'. Fica aquela coisa ruim, prefiro eu mesma fazer. -E6

As relações de COOPERAÇÃO são marcadas pela VIVÊNCIA DE CONFLITOS nas **relações interpessoais no trabalho**. Por vezes, chefias e pares de trabalho questionam as limitações e criticam a condição imposta, gerando situação de desconforto e conflito indireto no cotidiano de trabalho.

Tem dias que você fica sufocado, e não é pelo serviço. [...] Como eu sou aleijada, não sou equipe. -E6

É ruim para sua mente, seu psicológico, porque as pessoas ficam o tempo todo te cobrando, te instigando, fica um ambiente péssimo de trabalho. -E7

Tem hora que você tem que agredir com palavras, porque você também é agredida [...] chamam de um grupo de aleijado. -E6

As pessoas não gostam mesmo, de vez em quando escutamos algum desaforo. -E7

O pessoal se sente muito incomodado. -E9

O trabalhador restrito é considerado, por vezes, como um trabalhador incompleto e não integrante da equipe. Ao permanecer no setor compromete o trabalho dos colegas, não compondo em todas as atividades e sequer permitindo a entrada de um novo trabalhador ao grupo. É um trabalhador que na visão do coletivo ‘não se pode contar para tudo’.

Há incômodo e perguntam por que não fico em casa ou aposentado e dou a vaga para outro. -E9

O pessoal achava que eu estava tomando o lugar de alguém que podia trabalhar de fato. Se você estiver restrito você não está trabalhando, está atrapalhando. -E11

“Quem está restrito não deveria trabalhar aqui no setor”. Você escutar isso várias vezes é muito ruim. -E7

É briga demais, não sei o que os médicos estão fazendo que não afastam, não tiram fora, mandam embora para casa, por que não pode fazer nada. -E6

Na VIVÊNCIA DE CONFLITOS, a chefia também promove situações de desconforto quando faz acordos velados de atividades, não os publicizando aos pares de trabalho e não gerenciando os conflitos, deixando o trabalhador na posição de responsável pela efetivação de sua restrição.

Mesmo que esteja prejudicando minhas colegas, [a chefia] devia ver que estou fazendo a mais do que eu deveria fazer, não sei se ela não consegue ou se não quer ver. -E6

Não querem problemas, só solução: mas quando a gente não aguenta fazer o serviço viramos um problema. -E6

De tanto fala-fala [do grupo] o chefe falou assim: 'tem bloco que dá para ela pegar'. Mas não falou para mim. Eu estava passando por mentirosa. -E7

Essas **situações de conflito e descrédito do trabalhador restrito** resultam e decorrem, concomitantemente, em desconfiança de suas reais limitações.

Elementos externos ao trabalho são colocados em questão e trazidos para compor nas inter-relações na situação de trabalho. Assim, o descrédito do trabalhador restrito perante o grupo de trabalho é por vezes velado e, outras vezes, tratado abertamente entre pares.

Como eu estava reclamando de dor ela perguntou por que tenho outra atividade lá fora?! Respondi aqui é uma coisa e lá é outra [...] cobraram isso. -E8

Depois que carreguei provas da faculdade da minha filha a colega me chamou um dia para conversar. Falou que estava se sentindo uma idiota porque se eu posso carregar isso, eu posso carregar os blocos no trabalho. Tudo que fazemos é questionável agora. [...] sou eu que quero melhorar; é uma cobrança, uma filmagem de tudo que você está fazendo. -E7

Há, também, a VIVÊNCIA DE CONFLITOS pessoais, individuais. Em decorrência das LIMITAÇÕES IMPOSTAS, alguns trabalhadores não se sentem mais pertencentes ao grupo de trabalho e sequer se identificam com as atividades a serem desempenhadas. Compreendem a restrição como perda de sua individualidade.

Gostava mais do que eu fazia. Me sinto inútil fazendo o que estou fazendo. -E11

Pela restrição alguma coisa tem que mudar, mas ao mesmo tempo você se sente inútil, porque tudo não pode. Você quer fazer, mas não pode; as pessoas te olham torto. -E8

Não gosto nem de vir, acho que não faço nada, é inútil meu serviço [...] um desanimo danado. -E9

Quero permanecer no meu trabalho e ser útil. Não só permanecer, permanecer útil como eu sempre fui. -E7

Ao EXPERIENCIAR AS LIMITAÇÕES IMPOSTAS, os entrevistados são unânimes em referir o impacto da falta de COOPERAÇÃO. Ademais, indicam que a redução de recursos humanos em alguns setores inviabiliza o cumprimento das limitações indicadas na restrição, fazendo com que ela não possa ser aplicada, efetivada no cotidiano.

Ele tem a limitação, sabe da sua limitação, mas não tem ajuda dos colegas; então acabará fazendo aquilo que está definido para ele não fazer. -E1

Precisa de ajuda para tal atividade: o pessoal se faz de desentendido. É cruel a realidade lá no trabalho. -E11

A vivência das LIMITAÇÕES IMPOSTAS também resulta em **sentimento de não pertencimento** ao grupo devido à **impossibilidade de atender a**

expectativas do coletivo e do próprio sujeito. Há a marginalização do trabalhador com restrição.

Se a gente não é útil lá, você pode trabalhar em outro lugar. Você não está aleijada, nem incapaz de fazer alguma coisa, você consegue fazer, é útil. -E6

'Meu colega estava trabalhando comigo e de repente ele para e eu tenho que terminar sozinho'. Como irão conviver com isso?! -E3

A proposição de EXPERIENCIAR AS LIMITAÇÕES IMPOSTAS têm direta relação com os trabalhadores, decorrendo de suas vivências e percepções no cotidiano da RL.

Quanto a restrição, ficou bem pesada, difícil para trabalhar. -E7
Não querem saber dos diretos, só dos deveres. -E6

A RL fornece VISIBILIDADE À DOENÇA podendo resultar em promoção de **melhores condições de saúde** ao sujeito, permitindo a permanência no trabalho, sem desvio de função. Nessa condição, a consequência pode ser a finalização do processo com a readaptação interna. Esta ocorre quando o trabalhador não puder retornar as suas atividades originais e não mais realize atividades que infrinjam as limitações apresentadas na restrição. Configura-se uma situação de RL 'crônica' ou definitiva que será revertida em **readaptação profissional**.

Traz conforto para o trabalhador no sentido de já estar tão parte da vida dele que legitimar [essa situação] institucionalmente seria importante. -E2
O trabalhador ter uma possibilidade de desenvolver, a despeito de dificuldades e limitações, o tipo de trabalho que ele pode vir a desenvolver. -E2

Nessa transposição de situação ocorre a mudança no status do sujeito no trabalho pois:

Como readaptado interno, ele está adaptado. [...] deixa de ser visto pelo que não podia fazer e passa a ser visto pelo que conseguia fazer. Uma coisa é eu dizer "olha, ele não pode carregar peso" e outra coisa é eu dizer "não, ele pode fazer isso, isso e isso". Desestigmatiza!'. -E4

A VISIBILIDADE À DOENÇA pode prevalecer a ponto de permitir o fim da restrição laboral, a 'alta' da mesma.

Minha maior satisfação é saber que aquele indivíduo se deu bem com a restrição, melhorou e resolveu. -E3

No entanto, por vezes, o impacto não é positivo ao EXPERIENCIAR AS LIMITAÇÕES impostas e o setor não consegue absorver o trabalhador com suas restrições. Faz-se necessária a **mudança de setor** ou o **afastamento do trabalho** para concessão de benefício previdenciário. Este pode ser para tratamento de saúde ou para aposentadoria por invalidez.

Se a pessoa tem muita restrição e não pode executar nada não seria o caso de afastar? -E1

Uma coisa é estar limitada a fazer uma atividade por um tempo; então você quer melhorar porque se fosse para sempre, era para sempre; já não tem mais jeito, então tira do setor. -E7

Quando o trabalhador avalia que a restrição 'não está dando certo', uma consequência é o questionamento pelo afastamento do trabalho com o argumento

de que ‘o trabalhador que não está em afastamento tem menor oportunidade de cuidar de sua saúde’.

A VISIBILIDADE À DOENÇA também se relaciona com quem cuida da saúde dos trabalhadores na instituição. Referem ficar ‘mal vistos’ por designar RL.

Escutamos: ‘eles fazem a restrição e jogam para o setor resolver o problema’; como se a restrição que fazemos fosse algo delirado, contra a instituição. -E2

Destaca-se que, de modo geral, as consequências da RL são conteúdo apontado principalmente pelos trabalhadores com restrição em virtude de suas experiências no cotidiano de trabalho.

Os médicos do trabalho deram maior ênfase aos possíveis desfechos da RL, tais como alta ou finalização da RL, readequação funcional, longo processo de acompanhamento e/ou agravamento do quadro de saúde com necessidade de afastamento do trabalho.

As categorias IMPOSSIBILIDADE DE APLICAÇÃO, COOPERAÇÃO, VIVÊNCIA DE CONFLITOS e EXPERIENCIAR AS LIMITAÇÕES IMPOSTAS apresentam relação com a vivência da RL e as relações interpessoais no local de trabalho.

A fim de evidenciar de modo sucinto os resultados da fase de campo será apresentado a seguir um Diagrama com as categorias dos *antecedentes*, *atributos* e *consequências* do conceito (Diagrama 2).

ATRIBUTOS

RESTRINGIR E PROMOVER LEGITIMIDADE À INCAPACIDADE

- **proibir, imobilizar, paralisar; adaptar, adequar e/ou readequar;**
- **permanecer trabalhando.**

DESIGNAR O SUJEITO DA RESTRIÇÃO

- **pertence ao sujeito.**

CONHECER O CAMINHO CLÍNICO

- **cronicidade da patologia;**
- **grau de incapacidade do sujeito.**

DEFINIR PAPEIS e INTERSECÇÕES NA CONSTRUÇÃO DO CONTEÚDO

- **acometimento de saúde, avaliação médico especialista, histórico ocupacional, atuação médico do trabalho;**
- **papéis dos médicos assistente e do trabalho;**
- **responsabilidade compartilhada.**

RECONHECER A HETEROGENEIDADE

- **variações;**
- **cronicidade do quadro.**

ESTABELECEER TEMPORALIDADE E MONITORAMENTO

- **reavaliação e o monitoramento;**
- **prazos pré-estabelecidos e a temporalidade.**

IMPOR LIMITAÇÕES

- **negociações individuais no setor.**

. ANTECEDENTES

CONDIÇÃO CLÍNICA

- **d demanda clínica com condição de saúde limitante.**

ASPECTOS DESENCADEANTES DA RL

- **retorno ao trabalho;**
- **acometimento de saúde que pode ser agravado pelo trabalho.**

IDENTIFICAÇÃO DO ADOECIMENTO

- **reconhecimento do adoecimento pelo trabalhador e pelo médico assistente.**

ATUAÇÃO DO ESPECIALISTA

- **emissão de laudo, avaliação e encaminhamento do trabalhador adoecido e relatório indicando RL.**

CONSEQUÊNCIAS

IMPOSSIBILIDADE DE APLICAÇÃO

- **limitações designadas não são respeitadas no trabalho;**
- **constrangimentos no cotidiano.**

EFEITO BOLA DE NEVE

- **sobrecarga de trabalho;**
- **novos adoecimentos e novas restrições no setor.**

COOPERAÇÃO

- **viabilização da restrição;**
- **sobrecarga de outros trabalhadores.**

VIVÊNCIA DE CONFLITOS

- **relações interpessoais no trabalho.**

EXPERIENCIAR AS LIMITAÇÕES IMPOSTAS

- **sentimento de não pertencimento;**
- **impossibilidade de atender a expectativas do coletivo e do próprio sujeito.**

VISIBILIDADE À DOENÇA

- **melhores condições de saúde;**
- **readaptação profissional; mudança de setor; afastamento**

Diagrama 2 – Categorias de resultados da Fase de Campo.

FASE 3 – FASE ANALÍTICA FINAL

7 FASE 3 - FASE ANALÍTICA FINAL

*Não se trata de colocar juntas peças
de um quebra cabeça cuja figura você já conhece.
Você está construindo uma figura
que toma forma conforme se coleta e examina as partes.
(Bodgan, Bilklen)*

Esse capítulo compreende a Fase3 - Fase Analítica Final, proposta no MHDC. Trata-se da interface entre a Fase1 - Fase Bibliográfica e a Fase2 - Fase de Campo, na qual os achados são confrontados entre si e debatidos a luz das perspectivas teóricas que embasam a temática estudada.

Busca-se promover o diálogo entre dados empíricos e teórico-bibliográficos e compor a definição do conceito de restrição laboral na perspectiva do contexto estudado. Os elementos centrais decorrentes da confrontação entre as Fases 1 (Fase Bibliográfica) e 2 (Fase de Campo) serão apresentados no Diagrama 3 - Fase Analítica Final.

Para tanto, o capítulo será estruturado em cinco seções: na primeira, apresenta-se a aproximação entre os resultados das Fases Bibliográfica e de Campo; a segunda promove reflexões dos achados à luz de referenciais teóricos que se correlacionam a RL; a terceira propõe a diferenciação entre RL e recomendação

de saúde e; a quarta destina-se a reconfiguração do conceito de RL. Por fim, compõe e encerra esse capítulo as Considerações finais do estudo.

7.1 Aspectos gerais do diálogo entre as Fases Bibliográfica e de Campo

O diálogo dos resultados da Fase Bibliográfica com a Fase de Campo promove o destaque de aspectos significativos para a discussão dos achados do estudo. Esses aspectos serão abordados a seguir.

Evidencia-se que conteúdos dos *atributos* e *consequências* do conceito de RL encontrados nos resultados da Fase de Campo complementam e permitem o aprofundamento de tais elementos da Fase Bibliográfica.

Os apontamentos serão apresentados organizados nos eixos *antecedentes*, *atributos* e *consequências* da RL³⁵.

³⁵ Como indicado no Capítulo Aspectos Metodológicos, os termos Antecedentes, Atributos e Consequências serão destacados em itálico quando fizerem menção aos eixos que constituem um conceito. Além disso, termos apresentados com grafia em letra maiúscula indicam categorias dos resultados e os destacados em negrito referem-se a elementos centrais das categorias das Fases Bibliográfica e de Campo.

7.1.1 Antecedentes

Os *Antecedentes* encontrados em ambas as formas de coleta de dados são congruentes entre si, exceto no que se refere ao ADOECIMENTO DO TRABALHADOR.

Este, na Fase Bibliográfica, é considerado como predicativo de RL quando possui relação com o trabalho, ou seja, para que o adoecimento do trabalhador seja considerado como antecedente da RL ele deve ser **decorrente de acidente de trabalho, doença ocupacional** ou ter comprovada **exposição a risco ocupacional** anterior.

A Fase de Campo também evidencia a **condição de saúde limitante** do sujeito como antecedente da RL, porém não a restringe a uma condição que possui relação direta com o trabalho desenvolvido anteriormente ao adoecimento. Indica-se, também, a existência de **limitações físicas e incapacidades** totais ou parciais. O foco encontra-se no sujeito trabalhador.

No que se refere aos ASPECTOS DESENCADEANTES DA RL, a Fase Bibliográfica indica a **possibilidade de mudança de função**; uma impossibilidade no caso estudado na Fase de Campo. Os elementos centrais dessa categoria são: **retorno ao trabalho** e/ou **processo de reinserção laboral** e existência de **acometimento de saúde que pode ser agravado pelas condições de trabalho**.

A Fase de Campo acresce elementos aos achados da Fase Bibliográfica, sendo eles: o **reconhecimento do adoecimento pelo trabalhador e pelo médico assistente** e a ATUAÇÃO DO ASSISTENTE/ESPECIALISTA na avaliação e determinação da CONDIÇÃO CLÍNICA do trabalhador.

7.1.2 Atributos

Na fase Bibliográfica, alguns elementos dos *atributos* são também indicados como *consequências* da RL. São eles: PERMITIR PERMANÊNCIA NO TRABALHO, no sentido de retornar e poder continuar exercendo alguma atividade laboral e PRODUTIVIDADE.

Em contraponto, a Fase de Campo não aborda diretamente o elemento produtividade e sim algumas correlações em suas categorias de consequências: **sobrecarga de outros trabalhadores e relações interpessoais no trabalho.**

Os *Atributos* são marcados por elementos ou características do sujeito e da patologia que esse possui. O SUJEITO DA RESTRIÇÃO é o sujeito trabalhador.

Na Fase Bibliográfica tem destaque central a LIMITAÇÃO FUNCIONAL, gerando **incapacidade no sujeito** que se torna ‘**menos apto**’ para o trabalho e com

impossibilidade de desempenho de funções, além de ser o agente ‘restritor’ de tarefas a serem realizadas.

A Fase de Campo agrega ampla gama de elementos aos atributos da RL. Destacam-se as categorias DESIGNAR O SUJEITO DA RESTRIÇÃO que restringe seus apontamentos para o **sujeito trabalhador com limitações**, classificando-o como menos apto; e DEFINIR PAPÉIS E INTERSECÇÕES NA CONSTRUÇÃO DO CONTEÚDO, que agrega o papel dos médicos na definição do acometimento de saúde e reforça a posição do sujeito como eixo central da construção da restrição laboral. Não há a indicação de outros atores como sujeitos da restrição.

Por fim, a categoria IMPOR LIMITAÇÕES enfatiza o caráter de individualização da RL, marcada pela necessidade de **negociações individuais dos trabalhadores no setor** para a efetivação da mesma.

7.1.3 Consequências

As *consequências* da RL são ricas em conteúdo em ambas as fases de coleta. Apontam para a IMPOSSIBILIDADE DE APLICAÇÃO da RL, com a vivência de **constrangimentos no trabalho, conflitos decorrentes das inter-relações** no trabalho cotidiano, **envolvimento colaborativo ou não dos pares de trabalho e**

chefias e gestão das impossibilidades do trabalhador restrito diante das exigências do trabalho.

Indicam a COOPERAÇÃO como possibilidade de **viabilização da restrição** no cotidiano da atividade e, concomitantemente, destacam a possível **sobrecarga aos demais trabalhadores** como decorrência dessa mesma ‘cooperação’, no sentido de necessária colaboração dos pares para fazer o trabalho acontecer. Emerge uma contradição interna do processo, que pode resultar no EFEITO BOLA DE NEVE: **sobrecarga de trabalho** gerando **novos adoecimentos** no setor e novas restrições laborais.

No que concerne à percepção dos impactos da RL nos sujeitos e relações de trabalho, a categoria EXPERIENCIAR AS LIMITAÇÕES IMPOSTAS evidencia que a restrição gera **ruptura no processo de trabalho**, promovendo sentimentos de **não pertencimento ao coletivo, inutilidade e incapacidade de atender às demandas e expectativas** do coletivo, além de **estigmatização** do restrito.

A Fase Bibliográfica expandiu as *consequências* da restrição para a proposição de **programa de prevenção e reabilitação** nas instituições empregadoras e a busca da **compreensão do processo saúde-doença dos trabalhadores** como um possível elemento que auxiliaria o controle do adoecimento relacionado ao trabalho.

De modo geral, os resultados indicam que para a designação da RL, não há, inicialmente, a diferenciação entre as atividades realizadas e as tarefas preconizadas.

Os resultados da Fase de Campo evidenciam dois núcleos de compreensão da RL, que serão denominados de Designação e Vivência da restrição laboral. No que se refere aos *atributos* e *consequências* da RL, os elementos apresentados nos relatos dos trabalhadores que possuem RL, compreendidos como Vivência da RL, transcendem os destacados pelo grupo que a concede, na Designação da RL.

Assim, os conteúdos da Designação e da Vivência da RL por vezes transcorrem em paralelo e outras se interseccionam ou divergem, construindo percepções complementares acerca dessa temática.

A análise dos dados da Fase de Campo possibilitou adentrar a elementos da Vivência da RL, produzindo categorias que decorrem da percepção dos trabalhadores acerca de seu cotidiano de trabalho com restrição laboral. Contemplam a experimentação do fazer em situação de restrição laboral e as variadas implicações decorrentes.

Acredita-se que as reflexões teóricas, apresentadas a seguir, acerca de tais categorias darão visibilidade a conteúdos essenciais para a reconfiguração do Conceito de restrição laboral circunscrito num determinado contexto.

ATRIBUTOS

RESTRINGIR E PROMOVER LEGITIMIDADE À INCAPACIDADE / LIMITAÇÃO FUNCIONAL

- proibir, imobilizar, paralisar; adaptar, adequar e/ou readequar
- possibilidade de limitar a duração da incapacidade
- restrição de tarefas / - impossibilidade de desempenho das funções

- permanecer trabalhando / - Permanência no trabalho com limitações

DESIGNAR O SUJEITO DA RESTRIÇÃO

- pertence ao sujeito / - incapacidade do sujeito; menos apto

CONHECER O CAMINHO CLÍNICO

- cronicidade da patologia

- grau de incapacidade do sujeito

DEFINIR PAPÉIS e INTERSECÇÕES NA CONSTRUÇÃO DO CONTEÚDO

- acometimento de saúde, avaliação médico especialista, histórico ocupacional, atuação médico do trabalho

- papéis dos médicos assistente e do trabalho

- responsabilidade compartilhada.

RECONHECER A HETEROGENEIDADE

- variações

- cronicidade do quadro

ESTABELECEER TEMPORALIDADE E MONITORAMENTO

- reavaliação e o monitoramento

- prazos pré-estabelecidos e a temporalidade

- imposto ao trabalhador ou recomendado

IMPOR LIMITAÇÕES

- negociações individuais no setor

PRODUTIVIDADE

- produção menor ou igual aos demais; trabalhando menos

ANTECEDENTES

CONDIÇÃO CLÍNICA / ADOECIMENTO DO TRABALHADOR / INCAPACIDADE DO SUJEITO

- demanda clínica com condição de saúde limitante

- existência ou ocorrência de adoecimento decorrente do trabalho: acidente de trabalho ou doença ocupacional / - exposição pregressa a risco ocupacional

- limitações físicas e incapacidades (total ou parcial)

- incapacidade laborativa

ASPECTOS DESENCADEANTES DA RL

- retorno ao trabalho / - processo de reinserção laboral

- acometimento de saúde que pode ser agravado pelo trabalho

ATUAÇÃO DO ESPECIALISTA na IDENTIFICAÇÃO DO ADOECIMENTO

- reconhecimento do adoecimento pelo trabalhador e pelo médico assistente

- avaliação, emissão de laudo e encaminhamento do trabalhador adoecido /relatório com indicações

CONSEQUÊNCIAS

IMPOSSIBILIDADE DE APLICAÇÃO / ASPECTOS DA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO / VIVÊNCIA DE CONFLITOS

- limitações designadas não são respeitadas no trabalho

- conflitos nas inter-relações (colegas de equipe) / - relações interpessoais no trabalho

- transtornos à gestão – planejar e gerir as impossibilidades do trabalhador

- constrangimentos no cotidiano.

EFEITO BOLA DE NEVE

- sobrecarga de trabalho

- novos adoecimentos e novas restrições no setor

COOPERAÇÃO

- viabilização da restrição

- sobrecarga de outros trabalhadores

EXPERIENCIAR AS LIMITAÇÕES IMPOSTAS

- ruptura no processo de trabalho

- impossibilidade de atender a expectativas do coletivo e do próprio sujeito

- sujeito se identifica como incapaz; limitações

- sentimento de não pertencimento

- estigmatização

VISIBILIDADE À DOENÇA

- melhores condições de saúde

- readaptação profissional; mudança de setor; afastamento

OUTRAS AÇÕES DECORRENTES DA IDENTIFICAÇÃO DE RL

- busca da compreensão do processo saúde-doença dos trabalhadores

- programas de prevenção e/ou reabilitação e remanejamento de pessoal

Diagrama 3 - Fase Analítica Final

7.2 Reflexões teórico-empíricas: discussão dos achados da pesquisa

As categorias das fases Bibliográfica e de Campo evidenciam a multiplicidade de elementos³⁶ que compõem os achados do presente estudo sobre RL: relação com a saúde do trabalhador (CONDIÇÃO CLÍNICA; ADOECIMENTO DO TRABALHADOR; INCAPACIDADE DO SUJEITO; DESIGNAR O SUJEITO DA RESTRIÇÃO; RESTRINGIR E PROMOVER LEGITIMIDADE À INCAPACIDADE; LIMITAÇÃO FUNCIONAL; CONHECER O CAMINHO CLÍNICO), tempo de duração (ESTABELECEER TEMPORALIDADE E MONITORAMENTO; RECONHECER A HETEROGENEIDADE), finalidade de sua determinação (ASPECTOS DESENCADEANTES DA RL; RESTRINGIR E PROMOVER LEGITIMIDADE À INCAPACIDADE), processo de definição (IMPOR LIMITAÇÕES; PRODUTIVIDADE), conteúdo e sujeitos envolvidos (DESIGNAR O SUJEITO DA RL; DEFINIR PAPÉIS E INTERSECÇÕES NA CONSTRUÇÃO DO CONTEÚDO), impactos no cotidiano de trabalho (DEFINIR PAPÉIS E INTERSECÇÕES NA CONSTRUÇÃO DO CONTEÚDO; IMPOSSIBILIDADE DE APLICAÇÃO; ASPECTOS DA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO; VIVÊNCIA DE CONFLITOS; COOPERAÇÃO) e relação com o trabalho realizado (DEFINIR PAPÉIS E INTERSECÇÕES NA CONSTRUÇÃO DO CONTEÚDO; EFEITO BOLA DE NEVE; COOPERAÇÃO).

³⁶ As categorias que contemplam o conteúdo dos elementos indicados estarão citadas entre parênteses como forma de ilustrar a referida multiplicidade de dados.

Tal multiplicidade evidencia a importância de se compreender a magnitude dos elementos envolvidos devido à relevância que possuem na designação e vivência da RL.

Ademais, ao transitarem pelos impactos no cotidiano e relações de trabalho considera-se que a RL deveria ser compreendida como um processo e não um momento, pois transcende a definição de seu conteúdo e adentra a vivência cotidiana do trabalho. Torna-se, assim, um processo de designação da restrição laboral.

Nessa perspectiva, *o processo de designação passa a ser entendido como definição, qualificação, implantação e efetivação da RL* e não somente como a produção de um documento que apresenta limitações do sujeito, decorrentes de alterações de saúde.

O aprofundamento reflexivo sobre os achados das Fases Bibliográfica e de Campo será apresentado em cinco eixos centrais, sendo eles: a definição do sujeito da RL; construção da percepção de Incapacidade como norteadora da designação da RL; o componente-base Trabalho na Incapacidade; a definição de papéis na construção do conteúdo da RL e; por fim, as consequências da vivência da RL face ao conceito de RL vigente no estudo.

7.2.1 O sujeito da restrição laboral

O eixo *Antecedentes* traz os ASPECTOS DESENCADEANTES DA RL. Os direcionamentos dados são de possibilitar o **retorno ao trabalho** e promover a **reinserção laboral**. Tem-se a perspectiva da **existência de acometimento de saúde que pode ser agravado pelo trabalho**.

O acometimento de saúde decorre da CONDIÇÃO CLÍNICA do sujeito, sendo entendido como **demanda clínica** com **condição de saúde limitante**.

Assim, os *Antecedentes* da RL já indicam a tendência do SUJEITO DA RESTRIÇÃO, sendo este um *atributo* de grande significado para a compreensão da concepção da restrição laboral por desvendar a quem esta pertence.

O eixo dos *Atributos* refere que a RL tem sido utilizada para promover a permanência no trabalho do trabalhador com alguma **condição de saúde limitante** e, também, possibilitar proteção à saúde dos mesmos. A proposta de CONHECER O CAMINHO CLÍNICO aguça a importância da condição clínica do trabalhador e da individualização da RL.

Portanto, o SUJEITO DA RESTRIÇÃO laboral é apontado como o sujeito trabalhador, na figura de sua limitação. A percepção que vigora é que se trata de algo que pertence ao sujeito, uma limitação ou impossibilidade do indivíduo independente do contexto de inserção. Desponta-se a visão unilateral dada ao termo.

O RECONHECER A HETEROGENEIDADE da RL torna-se um reflexo direto do SUJEITO DA RESTRIÇÃO, uma vez que independente dos tipos de

restrição que são apontados, todos têm relação direta com a limitação do sujeito, decorrente de sua **condição de saúde e cronicidade da patologia**. Os elementos do trabalho e sequer a relação entre condição de saúde do trabalhador e condições de trabalho são contemplados.

Nesse contexto, o princípio semântico do termo restrição torna-se elemento relevante. A categoria RESTRINGIR E PROMOVER LEGITIMIDADE À INCAPACIDADE indica que dar restrição é sinônimo de restringir, vocábulo que refere-se a algo restrito, contido, parado, sem movimento. Tal ideia é contrária ao princípio de trabalho proposto por Guérin et al. (2001) e Abrahão et al. (2009) como algo dinâmico, em movimento, em realização, em constante mudança.

Emerge uma importante questão para reflexão: Como a equipe que designa e o trabalhador com restrição lidam com essa ambiguidade e seus impactos?

Na medida em que a restrição pertence ao sujeito com **condição de saúde limitante**, a designação de RL pode ser considerada como forma de legalizar o acometimento de saúde e legitimar o discurso de limitação do trabalhador no setor, junto aos pares e chefias. Uma possibilidade de fornecer institucionalidade ao adoecimento, mas manter o mesmo na figura do trabalhador, personificado no sujeito.

Autores como Barreto (2004), Ramos et al. (2008), Lancman et al. (2013a) destacam que a identificação do adoecimento como pertencente

somente ao sujeito distancia a percepção ou consideração dos demais possíveis elementos coexistentes no processo saúde-doença.

Ainda sobre o termo restrição, a qualificação do mesmo como laboral deveria acrescer a este uma visão, ao menos, bidimensional. Ao ser composto pelos vocábulos restrição e laborativa tem em seu bojo o labor (trabalho), que, portanto, deve ser um elemento significativo, tanto quanto o acometimento de saúde.

No entanto, os resultados do presente estudo enfatizam a importância do acompanhamento da condição clínica do trabalhador como base para a **limitação** e o **restringir**, mas pouco tecem apontamentos sobre o elemento trabalho. Tal fato promove a reflexão de que a designação da RL é consequentemente realizada, por diversas vezes, desconsiderando-se as inter-relações existentes na natureza do termo.

Sendo, portanto, a limitação do sujeito o aspecto incapacitante que determina a RL, supõe-se a contaminação da definição da incapacidade, no caso estudado, pelo conceito previdenciário de incapacidade laborativa.

Na perspectiva previdenciária a incapacidade laborativa decorre da “impossibilidade de desempenho das funções específicas de uma atividade (ou ocupação), em consequência de alterações morfopsicofisiológicas provocadas por doença ou acidente” (Brasil, 2013. p.12³⁷). O termo atividade é nessa definição compreendido como ocupação ou atividade humana, no sentido do

³⁷ Citação já anteriormente referenciada, capítulo Introdução do presente estudo.

trabalho como um fazer humano; e as alterações morfopsicofisiológicas tem relação direta e exclusiva com o sujeito trabalhador.

Essa conceituação se insere no paradigma do Modelo Biomédico, no qual a incapacidade é tida como um aspecto pertencente ao indivíduo, no sentido de um problema causado diretamente por uma doença, trauma ou deficiência. Assim, o foco está na condição clínica do sujeito e a ação visa à cura ou adaptação do mesmo a uma nova condição de saúde (Organização Mundial de Saúde, 2004; Sampaio, Luz, 2009).

O indicado viés da restrição laboral como algo que se refere apenas ao comprometimento da saúde do trabalhador (**condição de saúde limitante**) faz com que a percepção sobre a incapacidade passe a ser um importante elemento na construção da RL, tendo sua reflexão aprofundada a seguir.

7.2.2 Construindo a percepção da Incapacidade como determinante do conteúdo e dinamismo da RL

Os achados do presente estudo promovem a reflexão sobre a existência de possível ambivalência na RL, na qual de um lado encontra-se o sujeito trabalhador e de outro, o trabalho. Nesse cenário, a concepção adotada de incapacidade terá papel central.

Considera-se que o recorte dado à incapacidade pode resultar nas contradições internas do conceito de Restrição Laboral percebidas principalmente no eixo *consequências*, tanto na Fase Bibliográfica, quanto na Fase de Campo do estudo.

Nessa perspectiva, propõe-se acrescer à visão da restrição laboral o conceito de incapacidade definido pela CIF/OMS. Neste pressupõe-se a incapacidade como consequência negativa na inter-relação entre elementos de natureza distintas: de um lado encontra-se o elemento saúde (no sentido de indivíduo em atividade, com determinada condição de saúde) e de outro, o social (fatores contextuais) (Dahl, 2002; Organização Mundial de Saúde, 2004; Farias, Buchalla, 2005; Nubila, Buchalla, 2008; Sampaio, Luz, 2009; Toldrá et al., 2010; Hoefsmi et al., 2014).

Os fatores contextuais englobam fatores pessoais e ambientais, sendo que estes interagem diretamente com todos os elementos para produzir ou não a incapacidade (Organização Mundial de Saúde, 2004; Toldrá et al, 2010).

Essa proposição promove, na perspectiva teórica da CIF, uma mudança de paradigma na definição da incapacidade. Esta, até então considerada como pertencente ao sujeito, tem sua compreensão transferida para a dimensão do relacional, sendo a partir de então entendida como resultante de experiências de interação entre características do sujeito e condições da sociedade em que vive. Assim, ao considerar a importância da condição de saúde e também do social, a CIF propõe a compreensão da incapacidade na integração entre dois modelos considerados como divergentes: o Modelo Biomédico e o Modelo

Social de Incapacidade (Dahl, 2002; Organização Mundial de Saúde, 2004; Sampaio, Luz, 2009).

A incorporação desse conceito de incapacidade na temática da RL promoveria a adoção do princípio que esta só existe na inter-relação e dela decorre. Passando, então, a ser considerada como produto da interação entre os elementos sujeito e trabalho e nunca isolada desta.

Essa reformulação da concepção da incapacidade no conceito de RL sugere, como pressuposto de sua designação, que o comprometimento da capacidade do sujeito para o trabalho não signifique e/ou configure em si mesmo como conteúdo de restrição laborativa. Este será definido somente na relação: capacidade laboral versus exigências do trabalho. Não sendo, então, algo dado a priori e sequer estanque.

Portanto, pode-se aferir a relevância do conceito de incapacidade como prerrogativa para a determinação do conteúdo da RL.

Em suma, a compreensão do conceito de incapacidade reflete na compreensão existente sobre restrição laboral, ou seja, a concepção do conceito de incapacidade que vigora em dado contexto irá influenciar a conceituação e a designação da RL.

Logo, se a incapacidade é considerada exclusivamente como limitação do sujeito, a RL também será. Já se for apreendida como resultante de interação, a RL seguirá a mesma concepção estrutural de raciocínio em sua

construção, ou seja, deverá considerar o elemento trabalho e não somente a alteração da condição de saúde do trabalhador.

Nessa perspectiva, pode-se afirmar que a conceituação teórica de incapacidade adotada embasará não somente o conteúdo, como também o processo de designação da RL.

Deste modo, na concepção de incapacidade como inter-relacional, o elemento trabalho ganha centralidade na composição da RL trazendo à cena diversos achados do estudo: o SUJEITO DA RESTRIÇÃO, **papel dos envolvidos, negociações individuais no setor**, VIVÊNCIA DE CONFLITOS no trabalho, EFEITO BOLA DE NEVE, **sobrecarga de trabalho e COOPERAÇÃO**.

A mudança de enfoque da incapacidade como algo relacional, interacional indica a tendência de que esta será possível de modificações conforme se promova alterações nas condições da organização social (Oliver, 1990; Farias, Buchalla, 2005; Nubila, Buchalla, 2008; Simonelli et al., 2010).

Assim, a incorporação da proposição de incapacidade da CIF como estruturante da RL traz em seu bojo dinamismo para a designação, efetivação e monitoramento da mesma. Sua identificação passa a advertir sobre a existência inter-relacionada de seus dois componentes-base, condição de saúde do sujeito e situação de trabalho. Portanto, qualquer alteração em uma dessas bases poderá afetar, positiva ou negativamente, o status de incapacidade e, conseqüentemente, a RL. Essa mudança de perspectiva de

concepção da RL indicará a necessidade de acompanhamento direto de ambos os componentes.

Nos achados do estudo, a condição de saúde é um elemento de **reavaliação e monitoramento** indispensável, realizado através dos **papéis** desempenhados pelos **médicos assistente e do trabalho**. Já o outro componente estruturante da incapacidade, o trabalho, trata-se de um aspecto frágil, pouco apontado ou inconsistente em ambas as fases do estudo. A situação de trabalho não é referenciada como elemento de monitoramento e sequer de conhecimento específico por seus designadores (médico do trabalho e médico assistente).

Ao se recuperar na Fase de Campo do estudo que o SUJEITO DA RL é tido como a condição de saúde do trabalhador, nota-se o comprometimento do dinamismo acima proposto, não compondo a designação da RL naquele contexto. Na ausência do componente-base trabalho, outro aspecto ganha notoriedade: a temporalidade da RL.

Nessa circunstância, o monitoramento é estruturado em apenas um eixo e mudanças na restrição são possíveis somente em caso de readequação profissional ou de cronicidade da patologia.

Um quadro de patologia aguda e sem sequelas poderá resultar em RL com data para encerrar. No entanto, conforme indicado em ESTABELECEER TEMPORALIDADE E MONITORAMENTO da RL e CONHECER O CAMINHO CLÍNICO, caso essa patologia adquira cronicidade essa realidade mudará e a restrição será novamente necessária.

Considerando-se que o quadro e prognóstico de saúde do trabalhador não se tratam de algo controlável na designação da RL, esta, que para se configurar como laboral deveria ter dois componentes estruturantes, torna-se refém de um único elemento não controlável: o processo de adoecimento. Assim, evidencia-se que o mecanismo de designação de restrição laboral que não considera o trabalho não possui domínio sobre o cerne de sua estrutura.

No contexto de uma equipe de saúde ocupacional não há como controlar ou conter o prognóstico de saúde. Em contraponto, as condições de trabalho deveriam ser passíveis de ação e intervenção.

Ressalva-se que o acometimento da condição de saúde do trabalhador pode decorrer de doenças comuns, doenças ocupacionais ou acidentes de trabalho. No primeiro caso (doenças comuns), diferentemente dos demais, não há a identificação, a priori, da relação do adoecimento com as condições de trabalho. No entanto, esse aspecto não compromete a decisão pela designação ou não da restrição laboral ao trabalhador.

A construção reflexiva apresentada até o momento enfatiza a importância da conceituação dos atributos da RL e de reflexões acerca de seu processo de designação. Para tanto, o componente-base trabalho precisa ser explorado de modo aprofundado.

7.2.3 Aspectos e concepções do elemento trabalho compondo a construção da incapacidade

Conforme apontado nos Atributos da RL, quando se considera a utilização desta como recurso para a permanência no trabalho, os achados desse estudo revelam a importância de sua designação ter prazo pré-estabelecido e acompanhamento planejado e sistemático para que se possa avaliar por quanto tempo esse trabalhador necessita permanecer com a mesma.

Ademais, o elemento indicado em ESTABELECEER TEMPORALIDADE E MONITORAMENTO e RESTRINGIR E PROMOVER LEGITIMIDADE À INCAPACIDADE como constituinte desse processo de acompanhamento do trabalhador com restrição e definição do prazo da mesma é seu quadro de saúde.

No entanto, as reflexões apresentadas acerca da bidimensionalidade da restrição laboral e de sua existência como decorrente da configuração de incapacidade fazem um contraponto aos achados do estudo, dando relevância ao elemento trabalho. Este passa a despontar como componente-base na designação de uma RL e, portanto, como necessário de ser conhecido e monitorado.

As Fases de Campo e Bibliográfica não apresentam posição consolidada sobre a compreensão de trabalho que permeia e compõe os processos de

restrição laboral. Fato esse que agudiza a percepção da RL como da ordem do indivíduo. Reforça a perspectiva de pertencente ao sujeito e não ao trabalho, não considerando a demanda do sujeito frente à condição de trabalho. Essa percepção é apontada nas seguintes categorias de resultados: DESIGNAR O SUJEITO DA RESTRIÇÃO; IMPOR LIMITAÇÕES; PRODUTIVIDADE e IMPOSSIBILIDADE DE APLICAÇÃO.

Nessa perspectiva, emerge a importância da compreensão teórica que se tem sobre Trabalho, um dos componentes-base para a designação da RL. Nesse estudo, as reflexões sobre o elemento trabalho no contexto da temática da restrição laboral se pautam nos princípios teóricos da Ergonomia da Atividade Humana e da Psicodinâmica do Trabalho.

O direcionamento do foco ao trabalho parte de uma premissa essencial que é a adaptação do trabalho ao homem e não o inverso (Guérin et al., 2001; Abrahão et al. 2009; Molinier, 2013a), tal como apresentado no Capítulo Introdução.

Como eixo estruturante das reflexões destaca-se que o trabalho é tido como uma forma de atividade humana e será a finalidade dessa atividade que a caracterizará como trabalho. Assim, este sempre apresentará duplo caráter, o pessoal e o socioeconômico, a depender do enfoque que lhe for dado, o do trabalhador ou da instituição empregadora, respectivamente. São duas dimensões de uma mesma realidade, sendo que a articulação delas configura a situação de trabalho.

Os achados desse estudo no eixo consequências da RL evidenciam percepções pouco positivas da situação de restrição no trabalho. Apontam a possibilidade da RL ser um indicativo da necessidade de **programas de prevenção** e/ou **reabilitação profissional** como os aspectos positivos da existência da mesma na instituição e no mundo do trabalho.

Se traçado o paralelo com a condição de RL como elemento que permite permanência no trabalho, há a identificação de duas percepções divergentes e que podem ser, até certo modo, consideradas como conflitantes.

A permanência no emprego pode ser considerada como positivo face a sua contraposição que seria o não reconhecimento previdenciário da limitação decorrente do adoecimento e, portanto, da necessidade de afastamento do trabalho, gerando condição de desamparo financeiro ao trabalhador.

Já a **permanência no trabalho** com condição de RL tem seu aspecto positivo apontado somente quando do controle da TEMPORALIDADE DA RL, ou seja, quando essa decorre de uma condição e saúde aguda, com prazo determinado para se findar.

Em outra condição de saúde, a permanência no trabalho é permeada pela IMPOSSIBILIDADE DE APLICAÇÃO DA RL, VIVÊNCIA DE CONFLITOS, **constrangimentos no cotidiano, sobrecarga** de outros trabalhadores, **impossibilidade de atender as expectativas do coletivo e do próprio sujeito, sentimento de não pertencimento, estigmatização**. Aspectos esses que ao serem apontados como consequência da RL consolidam a existência

de impactos desfavoráveis desta aos trabalhadores e ao seu coletivo de trabalho, ou seja, à situação de trabalho.

Assim, a RL quando designada como estratégia de promover a permanência no trabalho incorre, com elevadas chances, no risco de se configurar como forma de, ao mesmo tempo, evidenciar a face da produtividade e da inutilidade do trabalhador que vivencia tal condição (Ramos et al, 2008).

Portanto, os impactos da RL, aqui apresentados como desfavoráveis, nos permite considerar sua influência nas duas dimensões do trabalho. Tanto a dimensão pessoal, quanto a socioeconômica podem ser afetadas quando da existência de RL, fato esse que aguça a importância da incorporação da compreensão da atividade de trabalho como estruturante de seu processo de designação.

Assim, a análise das situações de trabalho, realizada a partir de e direcionada para o real do trabalho se faz necessária para a construção de uma RL.

Ao tratar do real do trabalho, tem-se que, segundo Guérin et al. (2001) e Molinier (2013a), que o trabalho é composto pela tarefa e pela atividade.

A tarefa, também denominada de trabalho prescrito, é entendida como conjunto de determinações daquilo que deve ser feito no trabalho, englobando os objetivos a serem alcançados e as condições fornecidas. Trata-se de algo externo ao trabalhador (Guérin et al., 2001; Molinier, 2013a).

Já a realização dessa prescrição é conceituada como trabalho real ou atividade. Para a existência desta, o trabalhador age, ou seja, ele realiza as tarefas e para tanto utiliza-se dos recursos existentes nas condições de trabalho, agregando a eles sua ação, implicação pessoal, habilidades, conhecimentos e decisões (Guérin et al., 2001; Molinier, 2013a).

A clarificação e aplicação desse referencial teórico para a compreensão da tarefa e da atividade auxiliariam no processo de designação da RL, colocando o trabalho real³⁸ como um elemento central a se conhecer para, posteriormente, definir o conteúdo da restrição. Desse modo, a definição de uma RL deveria ser precedida da avaliação do trabalho real, do conhecimento *in locus* da situação de trabalho.

De modo complementar, a avaliação do trabalho efetivo como prerrogativa da designação do conteúdo de uma restrição laboral impactará também no EFEITO BOLA DE NEVE.

A designação da RL pautada no real do trabalho desloca o foco da limitação da figura do trabalhador, a transpondo para a incapacidade resultante da inter-relação. Então, a matriz determinante da RL sai da figura exclusiva do trabalhador e passa para a situação de trabalho. O ‘problema’ que gera RL não mais pertence ao indivíduo e sim ao trabalho, envolvendo aspectos das condições e organização do mesmo.

³⁸ Conforme apontado por Molinier (2013a), o trabalho real terá como sinônimo conceitual os termos ‘trabalho efetivo’ e ‘trabalho realizado’, buscando evitar confusões entre ‘trabalho real’ e ‘real do trabalho’.

A restrição, quando definida, deve ser aplicada na atividade de trabalho. Passa a pertencer ao trabalho real compondo com a maneira pela qual o trabalhador realiza aquilo que lhe foi designado, suas ações e uso de si próprio (Guérin et al., 2001; Abrahão et al., 2009). Portanto, mudará de modo parcial ou total a atividade de trabalho do sujeito, na medida em que as limitações impostas impactarem na delimitação do escopo de tarefas a serem realizadas.

Nota-se, no caso estudado, que os termos tarefa e atividade são utilizados de modo indiscriminado ou desprovido de aporte teórico na definição e efetivação da RL.

A não diferenciação entre tarefa e atividade pode ser considerada como um dos aspectos centrais na situação de negociações individuais no setor que os trabalhadores necessitam realizar para promover a efetivação da RL.

Além disso, a indiferenciação resulta na compreensão parcial da aplicabilidade da RL quando da concepção de seu conteúdo e da real aplicação da mesma no trabalho. Ou seja, a RL, ao não considerar a atividade pode não ser aplicável aquele trabalho quando colocada em confronto com o real. Nesse cenário, as consequências da RL terão direta relação com a vivência cotidiana da limitação imposta, tanto pelo trabalhador restrito, como por seu coletivo de trabalho.

Portanto, as consequências da RL indicadas nos achados desse estudo dão materialidade à importância da concepção que se tem de trabalho e sua significância na compreensão do conceito de RL.

A compreensão parcial do trabalho também impactará no processo de designação da restrição na medida em que novos elementos surgirão no transcorrer do acompanhamento do caso de restrição.

De modo complementar, se por princípio teórico a RL decorrer da relação entre trabalho e comprometimento de saúde do sujeito, a participação dos demais componentes do trabalho passa a ser condição necessária para seu processo de definição.

Partindo-se dessa premissa, comporia a construção do relacional, o conhecimento das reais condições de trabalho e os sujeitos que compõem o cotidiano. Logo, a participação de chefias e pares de trabalho seria estruturante do processo de conhecer o trabalho para, então, relacioná-lo com as condições de saúde e estabelecer a existência ou não de incapacidades e o recorte a ser feito na RL.

O EFEITO BOLA DE NEVE percebido nas consequências da RL nesse estudo destaca a importância da participação de chefias e pares de trabalho no processo de designação da RL.

Os achados indicam a necessidade da cooperação dos trabalhadores do setor para garantir a efetivação da RL. No entanto, acredita-se que a questão refere-se à essencialidade da colaboração dos pares de trabalho para que o trabalhador com restrição possa trabalhar.

Tal situação gera extremo desgaste nas relações de trabalho pois imputa ao ‘coleguismo’, decorrente da falta de gestão adequada da organização do trabalho, o ônus da PRODUTIVIDADE do trabalhador restrito.

Ademais, promove a sobrecarga dos trabalhadores que não estão restritos. Estes terão que realizar suas atividades e dar suporte, no sentido concreto de realizar ações ou recortes de atividades, para que o trabalhador restrito possa desempenhar suas atividades. O referido suporte também será necessário para que o coletivo consiga alcançar os objetivos do trabalho propostos na delimitação das tarefas (prescritas).

O trabalho prescrito não altera, no entanto, a possibilidade de colaboração dos membros da equipe. A ausência ou insuficiência da gestão do conteúdo e planejamento do trabalho promove o EFEITO BOLA DE NEVE: sobrecarga de trabalho, gerando novos adoecimentos e novas restrições de trabalhadores do setor.

Assim, conforme apontado por Lancman et al. (2016), há de se reconsiderar a viabilidade da permanência no trabalho de trabalhadores com RL tendo em vista que esse acabará realizando as atividades para as quais está restrito ou sobrecarregará os pares de trabalho, produzindo novos adoecimentos e RLs.

Por fim, pode-se considerar que o EFEITO BOLA DE NEVE se relaciona com o caráter sócio-econômico do trabalho, apontado por Guérin et al. (2001). Ou seja, o trabalhador restrito é indicado nos achados do estudo como alguém que **produz menos**, dentro do escopo do trabalho prescrito. Porém, pelo fato

do contexto do caso estudado ser uma instituição de cuidados à saúde de uma determinada população, a prestação do serviço de cuidado, dimensão econômica do trabalho, não pode ser interrompida e sequer sofrer significativa diminuição de qualidade.

7.2.4 A definição de papéis e intersecções na construção do conteúdo da restrição laboral

Conforme já apontado, no caso estudado, a RL tem seu conteúdo definido a partir das limitações do trabalhador. Por vezes, esse conteúdo é dado pelo médico assistente como destacado em DEFINIR PAPÉIS E INTERSECÇÕES NA CONSTRUÇÃO DO CONTEÚDO, quando referem-se aos **papéis dos médicos do trabalho e assistente**.

O médico assistente, por ser um especialista em alguma área da saúde, conhece em profundidade aspectos da condição de saúde do sujeito. Já os médicos do trabalho são especialistas na temática da saúde circunscrita ao contexto do trabalho. Deste modo, deveriam considerar este na construção da RL.

Ao considerar essa prerrogativa inicial dos campos de especialidades dos profissionais médicos envolvidos na definição da RL, no caso estudado, a

questão do “conflito entre CRMs”³⁹ destacada de modo significativo pelos mesmos no processo de designação da RL tem sua percepção e valoração alteradas.

A possibilidade de um “conflito entre CRMs” deixa de existir na medida em que o conhecimento do conteúdo e da situação de trabalho são especificidades do médico do trabalho e, portanto, algo a ser acrescido as prescrições feitas pelo médico assistente.

Se a restrição será laboral precisará envolver o trabalho em sua concepção, fato que já respalda a não transposição do relatório do especialista. Ademais, imputa a esse relatório necessária validação das limitações do sujeito versus a situação de trabalho daquele trabalhador para designar o conteúdo da RL. Constrói-se, em decorrência, a melhor clarificação dos papéis dos profissionais médicos envolvidos da definição da RL e retira dos médicos do trabalho a posição de reféns de uma questão supostamente ética em sua categoria profissional ou de possível ação judiciária por parte do trabalhador.

Nessa perspectiva, esse conteúdo não poderá ser deslocado da realidade de trabalho, ou seja, não poderá ter o caráter genérico de orientação de saúde, como por exemplo, carregar peso acima de x kilos ou permanecer longos períodos na posição sentada.

Esse tipo de conteúdo refere-se a indicações ao sujeito que servirão para o cuidado de sua condição atual de saúde nos variados contextos de vida.

³⁹ A expressão “conflito entre CRMs” decorre das entrevistas realizadas e tem relação com o corporativismo da categoria profissional em questão. Refere-se a posição adotada por alguns médicos do trabalho de não questionar outro profissional médico, gerando divergência de opiniões.

São restrições no sentido de indicativo de ações ou movimentos que podem gerar maiores prejuízos a saúde daquele sujeito ou de limitações instauradas nas capacidades do mesmo. Assim, uma restrição para se configurar como laboral necessita que seu conteúdo tenha relação com a tarefa e a atividade do trabalhador.

Ao se retomar os preceitos da CIF que referem que as restrições na participação são problemas que um sujeito pode vivenciar no envolvimento em situações reais da vida (Organização Mundial de Saúde, 2004). Acrescer a esse a consideração que a atividade, segundo Guérin et al. (2001), é a maneira como um trabalhador alcança os objetivos que lhe foram designados. Pode-se passar a afirmar que a RL, para ser designada, exige conhecimento prévio da atividade daquele sujeito como ponto de partida para a definição de seu conteúdo. Este deve referir-se à proibição de tarefas.

O conteúdo da RL não pode estar desconectado do trabalho. Consequentemente, a designação da mesma será um processo complexo e permeado por inter-relações, que deverá ocorrer quando o trabalho não puder ser adequado ao acometimento de saúde do sujeito.

Os **papéis dos médicos assistente e do trabalho** é percebido como algo conflitante somente para os designadores da RL, e não pelos trabalhadores nessa condição. Pode-se, nesse momento, considerar que tal fato possui duas vertentes interpretativas, ambas pautadas nas reflexões apresentadas sobre o conteúdo da RL.

Em uma vertente, a não alteração significativa no conteúdo das

limitações indicadas pelo especialista retira o foco do conteúdo da RL e direciona o reconhecimento dos médicos do trabalho como responsáveis pela RL devido a incontestável institucionalidade desses profissionais. Essa institucionalidade promove maior legitimidade a RL e, possivelmente, ao adoecimento do trabalhador.

A outra vertente interpretativa refere-se ao fato de nenhum dos profissionais médicos conhecer o trabalho real do sujeito que receberá a RL e, portanto, ambos produzirem, por vezes, restrições desconectadas das exigências e possibilidades da situação de trabalho, transferindo ao trabalhador a efetividade da mesma. Assim, não importa quem a designa, será o trabalhador que fará a interlocução desse conteúdo como limitador de atividades em seu cotidiano de trabalho.

Há ainda mais um elemento a acrescentar ao debate sobre DEFINIR PAPÉIS E INTERSECÇÕES NO CONTEÚDO DA RL no que se refere a definição dos papéis dos envolvidos na designação da RL como determinante da composição dos elementos estruturantes de seu conteúdo. As diversas perspectivas apresentadas nos Atributos dos achados desse estudo evidenciam a falta de padronização de elementos norteadores para se designar RL.

A reconstrução do conceito de RL, proposta dessa tese, busca auxiliar a não perpetuação dessa situação. A falta de padronização de conceitos e norteadores para a RL produz perspectivas muito diversas para sua aplicação, que ao não serem de conhecimento coletivo (equipe SESMT, trabalhadores

com RL, chefias e pares de trabalho) podem promover a não detecção, e consequentemente, participação dos envolvidos. Não se evidencia problemas em um conceito possuir antecedentes variados, como visto no presente estudo. Mas a ausência de um ‘núcleo duro’ de compreensão coletiva sobre os atributos do conceito pode promover a não compreensão do conteúdo do mesmo, resultando em consequências vivenciadas como barreiras a sua efetivação.

Nesse cenário, a definição da RL pelo médico especialista ou pelo médico do trabalho concretiza-se como tema de grande relevância, pois pode impactar diretamente na qualidade do conteúdo e na aplicabilidade da mesma.

Corroborando com essa perspectiva, Lancman e Uchida (2003) abordam o retorno ao trabalho, elucidando elementos da situação de RL de trabalhadores quando em processo de reintegração. Apontam que a reintegração dos trabalhadores com restrição laboral é permeada por relações subjetivas, por questões da sub ou hiper utilização das capacidades psíquicas, cognitivas e físicas dos trabalhadores nos novos postos de trabalho, promovendo mudanças identitárias.

Ademais, os resultados do estudo indicam um distanciamento entre definir e aplicar a RL no cotidiano. Tal hiato gera uma série de implicações ao trabalho real, transferindo a esse e seus atores as responsabilidades pelo sucesso ou insucesso da RL. Tais aspectos serão aprofundados a seguir.

7.2.5 Impactos da Vivência da RL: correlações entre o conceito vigente e a situação de trabalho

Os atributos que compõem a RL necessitam estar delimitados e acordados entre os envolvidos no início de sua designação, pois ao ser definida, a restrição transcenderá a determinação de seu conteúdo, tornando-se mais um elemento da organização do trabalho.

Nesse transitar, a RL passa a ser do trabalhador, ou seja, a Vivência e os possíveis impactos da mesma passam a compor a realidade cotidiana de trabalho do trabalhador e não, a princípio, dos designadores.

Essa condição promove a transposição da capacidade e possibilidade de adequação do trabalho para a responsabilização individual do sujeito, imputando ao trabalhador, e não à correlação com aspectos do trabalho, a aplicabilidade e as consequências da restrição no cotidiano de trabalho.

O fato do conteúdo da RL não ter ligação direta com o trabalho, se restringindo a limitação do sujeito, pode ser considerado como ponto chave na compreensão das consequências da RL apresentadas no estudo, no que se refere às relações interpessoais no trabalho.

A indicação de limitações do trabalhador transfere a ele e ao grupo de trabalho a responsabilidade de tornar a restrição dada em laboral de fato. A restrição trazida pelo trabalhador à situação de trabalho indica impossibilidades

de ações e/ou movimentos transpondo ao gestor e ao próprio trabalhador a identificação das tarefas que podem ou não ser realizadas.

Na medida em que essa transposição não for feita antes da retomada das atividades pelo trabalhador, ela ficará a cargo da vivência de limitações no cotidiano de trabalho, como apontado em EXPERIENCIAR AS LIMITAÇÕES IMPOSTAS E VIVÊNCIA DE CONFLITOS.

Sendo assim, produzirá variados impactos ao trabalhador, aos pares e a chefia, tais como **ruptura do processo de trabalho, impossibilidade de atender a expectativas do coletivo e do próprio sujeito, identificação como incapaz, conflitos nas inter-relações e transtornos à gestão**. Todos esses impactos encontram-se interligados e geram constrangimentos no cotidiano a todos os envolvidos no real do trabalho.

Ademais, o repasse da efetivação, entendida como aplicação e cumprimento, da restrição laboral ao trabalhador principia a produção de conflitos no ambiente de trabalho, decorrentes das demandas de produção e das inter-relações. Essa condição configura importantes questões contemporâneas da RL.

A RL deveria servir para delimitar o trabalho. No entanto, no cenário apresentado no caso estudado, a negociação e definição das atividades que são possíveis ou não de serem realizadas permanecem no âmbito individual, ou seja, são feitas pelo trabalhador em seu setor e com sua coordenação hierárquica. Produz-se, em decorrência, a percepção de restrição laboral como ‘algo que limita o trabalhador’ e, desse modo, o expõe frente ao coletivo.

Conforme apontado por Barreto (2004), Ramos et al. (2008), Lancman et al. (2013a), a ocorrência da individualização do adoecimento e culpabilização do sujeito pelo acometimento de sua saúde, o desconectam do trabalho, negligenciando a corresponsabilidade do contexto de trabalho. Distancia-se a percepção da relevância das condições e da organização deste na produção do adoecimento (Barreto, 2004; Ramos et al., 2008; Lancman et al., 2013a).

Nessa perspectiva, a prática de promover a permanência no trabalho por meio da determinação de RL também pode ser considerada um modo de individualização do adoecimento e culpabilização do trabalhador, na medida em que ‘resolvem-se os casos de maneira pontual e individual sem estudar e propor mudanças nos ambientes, na organização e nas práticas de trabalho que possam estar sendo lesivas aos trabalhadores’ (Ramos et al., 2008. p.219).

Assim como na individualização do adoecimento, a individualização da efetivação da RL retira do contexto do trabalho a corresponsabilidade nesse processo. A gestão do conteúdo do trabalho e dos aspectos organizacionais tem sua importância minimizada como elemento decisivo para a efetivação da RL.

Além disso, a ‘verdade que concebe o adoecimento como individualizado, gera o sentimento de inutilidade, pois é necessário admitir as limitações e aceitar adaptar-se ao que não se pode, resignando-se, muitas vezes, ao que é oferecido’ (Ramos et al., 2008. p.219).

Conforme anteriormente apontado, a individualização da RL faz com que as negociações de sua efetivação sejam feitas isoladamente, a depender das possibilidades de cada trabalhador em seu cotidiano de trabalho. A negociação individual do sujeito no trabalho pode acarretar em conflitos relacionais com a equipe, composta por pares de trabalho e chefias.

A perspectiva teórica da Psicodinâmica do Trabalho compreende que as relações de trabalho são inerentes ao mesmo. Assim, os sujeitos produzem ligações entre si. ‘Essas ligações se dão pelo objetivo comum do real do trabalho e pelo reconhecimento de competências em relação ao fazer e não ao ser nesse outro sujeito’ (Dejours, 2012. p.95). Trata-se da *deontologia do fazer*. O *fazer junto*, compondo ligações de *cooperação*, com o objetivo primordial de juntos trabalharem em uma atividade específica (Dejours, 2011a; Dejours, 2012; Molinier, 2013c).

Os aspectos percebidos como **ruptura no processo de trabalho, impossibilidade de atender a expectativas do coletivo, constrangimentos no cotidiano e sobrecarga de outros trabalhadores**, no eixo de *consequências* da RL do presente estudo, evidenciam a necessidade de negociação individual do trabalhador em seu trabalho. Esta, quando se faz condição necessária para a efetivação da RL, pode impactar nos aspectos da deontologia do fazer. O *fazer junto* será comprometido pela realização de partes das atividades permitidas pela restrição laboral e não previamente acordadas entre o coletivo de trabalho.

Tal fato deixa ao trabalhador, de forma solitária, a decisão pelo cumprimento das restrições, comprometendo o trabalho coletivo ou sobrecarregando os colegas de trabalho. Ou ainda, a opção de respeitá-las e ser discriminado e/ou culpabilizado por falhar frente ao coletivo.

O trabalhador com restrição pode passar a ter um cotidiano de trabalho diferenciado do fazer que o grupo considera como construção coletiva, criando uma situação de exclusão e afastamento dos e pelos pares de trabalho.

Segundo Dejours (2011a; 2012) e Molinier (2013d,e) o sentimento de pertencimento tem estrita relação com o reconhecimento no trabalho. Este decorre do julgamento do fazer, realizado pelos pares de trabalho e superiores hierárquicos.

Os *julgamentos de beleza e utilidade* são as duas vertentes que estruturam o *reconhecimento no trabalho*. O julgamento de beleza ou horizontal é proferido pelos pares de trabalho, tem suas bases nas regras de ofício coletivamente acordadas e se relacionam ao fazer daquele sujeito como componente do coletivo e também como singular. Já o julgamento de utilidade ou vertical compete às hierarquias superiores e refere-se ao reconhecimento da utilidade social, técnica e econômica da contribuição tanto individual quanto coletiva dos sujeitos na realização do trabalho (Dejours, 2012; Lancman et al., 2013b; Molinier, 2013e).

O reconhecimento no trabalho terá, também, papel fundamental na consolidação da identidade pessoal do sujeito. O trabalho é o elemento de

ligação entre o sujeito e o outro, sendo, portanto, por meio dele que a construção identitária se estrutura (Dejours, 2011a, 2012; Molinier, 2013d,e).

Nessa perspectiva, pode-se considerar que o processo de designação da RL, referido no presente estudo na vivência da mesma, corrompe os julgamentos de beleza e utilidade proferidos ao trabalhador nessa condição. A cisão entre as atividades do sujeito e suas possibilidades de participação e contribuição junto ao coletivo é externa as regras coletivas do ofício e não tem em seu conteúdo elementos das tarefas ou atividades de trabalho. Assim, o reconhecimento do fazer se dilui, afetando, a percepção de pertencimento ao coletivo e a identidade do sujeito.

No cenário da RL como um indicativo das limitações do trabalhador, que resulta no destaque àquilo que ele não pode compor e em um recorte de atividades sem significado ao coletivo, as ações do restrito se configurarão como um fazer parcial, incompleto e insuficiente aos olhares de outrem. Põe-se em cheque as relações de *cooperação* no trabalho.

Os achados do estudo indicam a VIVÊNCIA DE CONFLITOS nas **relações interpessoais** decorrentes da necessidade de **negociações individuais no setor** para a transposição do conteúdo designado na RL e o trabalho real.

Os pares de trabalho e chefia questionam a legitimidade das limitações impostas ao trabalho, promovendo cisões nas ligações de convivência cotidiana do trabalho. Vale destacar que esse questionamento é proferido ao

trabalhador e não a quem designa a restrição, assim compõe um julgamento de mérito e veracidade da condição de RL.

Assim, a construção coletiva do trabalho e o desejo de produção conjunta são abalados, impactando na COOPERAÇÃO no trabalho. Ademais, a RL, como já referido, é algo imposto e externo aos acordos e compromissos construídos pelo coletivo de trabalho.

Segundo Dejours (2011a, 2012), a *cooperação* no trabalho é uma estratégia de mobilização coletiva e, portanto, não é dada à priori e sequer prescrita ao trabalho. Sua existência decorre da vontade dos sujeitos de trabalharem juntos e desenvolverem coletivamente formas de superar as contradições intrínsecas a organização do trabalho. Ao se considerar tais premissas, reafirma-se a importância da RL ser contextualizada no trabalho real do sujeito e ter sua definição e efetivação compartilhada de modo colaborativo com os demais envolvidos no cotidiano de trabalho.

Essa contextualização da restrição laboral junto ao trabalho real resultará em menor exposição do trabalhador frente ao coletivo, podendo favorecer a identificação de um fazer considerado como relevante para o grupo de trabalho e consequentemente para a *cooperação*.

Ao se considerar os impactos decorrentes da RL aterem-se somente a apresentação das contraindicações de atividades e ações, aventa-se a possibilidade de que seu processo de designação contemple também a elucidação das potencialidades do trabalhador. Almeja-se, assim, ganhos

qualitativos nas inter-relações que definirão o conteúdo do trabalho desse sujeito.

Pode-se, assim, produzir a inversão do olhar do outro para com esse trabalhador, dando o direcionamento da ação para a valoração daquilo que ele terá de possibilidades, potencializando a realização do trabalho coletivo e dos processos de reconhecimento no trabalho.

A importância do *reconhecimento no trabalho* é dada pela relação direta que possui com a *construção identitária* do sujeito e, portanto, sua saúde mental (Dejours, 2011a, Molinier, 2013d,e)

Ainda no que se refere ao aspecto da saúde mental dos trabalhadores, a individualização da restrição pode, como referido acima, resultar em sentimento de inutilidade e/ou não pertencimento ao coletivo de trabalho. Ambos decorrem da percepção que o trabalhador com restrição possui acerca de sua **impossibilidade em atender as expectativas** dos colegas e/ou compor com o coletivo por **vivenciar as limitações** e o recorte de atividades a serem realizadas, colocando-o em posição diferenciada e de menos valia face aos demais pares de trabalho.

Ramos et al. (2008. p.220) refere que o ‘trabalhador afastado subjetiva-se como ‘incapaz’ ou mesmo ‘deficitário’, buscando dar conta dessa imagem idealizada de um trabalho (e até mesmo de um trabalhador) quase perfeito.”

Essa situação pode ser transposta ao trabalhador com restrição laboral na medida em que essa imagem idealizada de trabalho e trabalhador perfeitos

é constantemente confrontada ou distanciada de sua realidade quando da vivência cotidiana dos conflitos com pares e chefias para a delimitação de seu escopo de atividades, de composição com o coletivo e de pertencimento ao mesmo.

Avultando a importância dos elementos acima apresentados, as inter-relações no trabalho, que se apresentam como *consequências* da RL nos achados desse estudo, necessitam ocupar lugar nos *atributos* do referido conceito, tendo em vista sua significância na vivência dos trabalhadores em situação de restrição laboral.

Um aspecto complementar apontado no estudo é a estigmatização do sujeito com restrição laboral. Em diversos casos, para os pares e chefias, a condição da RL não é o sujeito *TER* uma restrição no sentido de uma limitação parcial, e sim *SER* restrito. Esta denota a compreensão de se aproveitar da situação, ser um trabalhador não colaborativo, ser meio trabalhador e sua existência impedir a liberação da vaga ‘para outro trabalhador inteiro’ (sic).

Identifica-se a existência de outra interpretação permeando os processos de RL: ter e ganhar RL. Esta percepção do ter restrição trata-se de algo momentâneo, não eterno e contextualizado na relação com o trabalho. O ganhar possui conotação de algo que bonifica o trabalhador, o eximindo de certas atividades penosas do trabalho e da necessidade de colaborar com a equipe no que for necessário.

Novamente as conotações estão centradas no sujeito e não nas condições de trabalho.

Todo o exposto enfatiza a importância de se considerar a situação de trabalho no processo de designação da RL, clarificando os papéis dos envolvidos e construindo corresponsabilidades entre trabalhador com restrição laboral, chefias, pares de trabalho e SESMT. Essa composição terá impactos diretos e com ganhos qualitativos nos conflitos apontados nos resultados desse estudo.

Em consonância com o cenário acima, propõe-se o uso da terminologia ‘trabalhador em condição de restrição laboral’, dando nova ênfase para o caráter relacional da RL e consolidando o indicativo de condição como algo momentâneo e não eterno, ou seja, com a temporalidade como mais um princípio estruturante.

7.2.6 Aproximações com a temática do retorno ao trabalho no contexto internacional

Considerando as reflexões acerca da relevância do elemento trabalho na RL e de sua perspectiva de promover permanência no mesmo, o diálogo com a literatura internacional sobre RT se faz pertinente nesse momento.

Conforme referido na Fase Bibliográfica, no contexto internacional a literatura científica não aborda a temática da restrição laboral. No entanto, a perspectiva dada ao processo de cuidado a saúde do trabalhador destacou-se como elemento significativo frente aos achados desse estudo.

O referido processo estrutura-se com foco nas capacidades e não nas incapacidades, incluindo-se a permanência no trabalho de trabalhadores com algum acometimento de saúde. Essa perspectiva é contemplada por Chiaburu e Harrison (2008), Tjulin et al. (2010, 2011), Dunstan e MacEachen (2013, 2014), Ladekjaer et al. (2015) e Petersen et al. (2016) em produções científicas que tratam da temática do retorno ao trabalho.

Tjulin et al. (2010, 2011), Dunstan e MacEachen (2013, 2014), Ladekjaer et al. (2015) e Petersen et al. (2016) destacam que o retorno ao trabalho se configura não como momento e sim como processo e direcionam seus estudos para a compreensão dos elementos envolvidos e suas influências no *‘work reintegration (WR) processes’*. Esse processo compreende elementos que estruturam o retorno ao trabalho com vistas à permanência no mesmo.

Diferentemente da RL, existente no contexto brasileiro, que foca-se nos aspectos negativos do adoecimento e das dificuldades do trabalhador, o WR⁴⁰ é pensado a partir das potencialidades do sujeito e da capacidade para o trabalho.

Apesar dessa significativa diferença de perspectiva e do fato de uma RL não necessariamente decorrer de um afastamento do trabalho, pôde-se criar um paralelo entre elementos do WR apontados por esses autores e a RL por ambos visarem, como eixo comum, a permanência no trabalho.

⁴⁰ O termo WR equivale ao retorno ao trabalho, nomeado no Capítulo Introdução desse estudo como RT, quando este aponta que há em sua conceituação a ideia de processo e não de momento.

Chiaburu e Harrison (2008), Tjulin et al. (2010, 2011), Dunstan e MacEachen (2013, 2014), Ladekjaer et al. (2015) e Petersen et al. (2016) indicam que, por vezes, há a necessidade de readequar as atividades, as condições de trabalho e/ou a determinação das tarefas que serão realizadas pelo trabalhador que retorna ao trabalho. O primeiro e último itens são apontados na RL. Assim, os elementos apresentados por esses autores sobre o processo de RT ganham relevância nas reflexões dos resultados do presente estudo.

A necessidade de readequação das condições de trabalho, apontada por esses autores, não é um dos princípios que compõe a designação da RL no caso estudado. Tal fato promove duas reflexões: a primeira é que a base e foco da restrição estão no sujeito. Já a segunda, correlaciona-se à primeira, na proposição de que na engrenagem da RL, a peça passível de ajuste é o trabalhador na relação com seu trabalho e não as condições de trabalho na perspectiva de acolher ao trabalhador.

Segundo Ladekjaer et al. (2015), a reintegração ao trabalho após longo afastamento médico é caracterizada pela necessidade de reduzir a carga horária de trabalho e modificar as tarefas designadas àquele trabalhador. O foco de necessidade de ajuste está direcionado ao trabalho e não ao sujeito. Reforça-se a distinção da premissa desse aspecto no caso estudado.

Assim o WR irá influenciar a situação de trabalho, alterando o cotidiano dos pares e gerando constante negociação no desempenho dos papéis no trabalho (Tjulin et al., 2010; Dunstan, MacEachen, 2013; Ladekjaer et al., 2015)

Conforme apontado por Tjulin et al. (2010), o comportamento dos colegas de trabalho afeta os resultados da reintegração ao trabalho. Destacam a importância de se considerar as relações sociais entre os envolvidos na situação de trabalho e a relevância dos papéis variados dos diferentes atores no local de trabalho para a sustentabilidade pós-retorno. Tal sustentabilidade pós-retorno pode ser entendida como permanência no trabalho.

Ao tratar da necessidade de considerar as relações sociais no trabalho, Tjulin et al. (2010, 2011) apontam que estas têm a mesma importância que as tarefas designadas ao trabalhador, pois o suporte dos pares e chefia pode se configurar como um elemento de apoio ou uma quebra no processo de WR.

Destaca-se, assim, a relevância das relações sociais no local de trabalho, impactando tanto na delimitação e organização das tarefas, quanto nas interrelações cotidianas (Chiaburu, Harrison, 2008; Tjulin et al., 2010; Dunstan, MacEachen, 2013; Ladekjaer et al., 2015; Petersen et al., 2016).

Nesse contexto, as ações dos pares de trabalho têm impacto direto no sucesso ou insucesso do retorno e permanência no trabalho; tais ações são de suporte no processo, por vezes, fornecendo apoio emocional e/ou ensinando atividades e/ou, ainda, atuando frente a impossibilidades do trabalhador em processo de retorno. Os autores refletem acerca da possibilidade de sobrecarga dos pares de trabalho (Chiaburu, Harrison, 2008; Tjulin et al., 2010; Dunstan, MacEachen, 2013; Ladekjaer et al., 2015; Petersen et al., 2016).

No caso estudado, a RL contrasta com diversos elementos importantes apontados por esses autores: indica exclusivamente as limitações e não

considera os pares de trabalho como atributo na definição e sequer na implantação das restrições.

Ademais, por vezes, sobrecarrega os pares com o ônus de ser parceiro de um trabalhador restrito, considerado como um trabalhador que não pode realizar todas as atividades previstas para sua função ou seu setor, mas que contabiliza como um trabalhador ‘completo’ no planejamento e dimensionamento das atividades cotidianas de trabalho (Lancman et al., 2016).

A RL, assim como o WR, altera o cotidiano dos pares de trabalho. No entanto, devido a não consideração da participação dos mesmos na designação da RL, as relações interpessoais no ambiente de trabalho foram apontadas como consequências da RL e não como componente de processo.

A perspectiva dos autores Chiaburu e Harrison (2008), Tjulin et al. (2010), Dunstan e MacEachen (2013), Ladekjær et al. (2015) e Petersen et al. (2016) sobre a relevância dos papéis dos diferentes atores e das inter-relações cotidianas no trabalho deveria ser absorvida pelos designadores de RL como possível determinante para a efetivação ou não dessa.

Ladekjær et al. (2015) conclui em seu estudo que o trabalhador em WR (denominado pelo autor como repatriado) encontra-se em condição de ‘entre ser’, ou seja, oscila entre as posições sociais de um colega de trabalho e um não-colega de trabalho. Tal estado impede que assuma o papel como um parceiro de trabalho compondo um coletivo, o exclui a partir do local de trabalho, e cria incertezas para todos os envolvidos no local de trabalho.

Pode-se compor uma analogia a circunstância apresentada pelos trabalhadores em situação de RL na medida em que a falta de cooperação e os conflitos inter-relacionais os coloca em um lugar de não pertencimento, resultando em sentimentos de exclusão do coletivo de trabalho e nas possibilidades de reconhecimento no mesmo.

Tjulin et al. (2011) aponta a essencialidade da participação dos colegas de trabalho no planejamento das intervenções de retorno ao trabalho. Nessa perspectiva, Chiaburu e Harrison (2008) e Dunstan e MacEachen (2014), evidenciam que os pares de trabalho precisam reconhecer os acordos feitos para o retorno ao trabalho como justos, no sentido de lícitos e imparciais.

Os autores concluem que para dar suporte a essa percepção de justiça ou injustiça faz-se necessário o envolvimento colaborativo dos pares de trabalho no planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de reintegração do trabalhador (Chiaburu, Harrison, 2008; Dunstan, MacEachen, 2014).

Ambos os achados de Tjulin (2011), Chiaburu e Harrison (2008) e Dunstan e MacEachen (2014) nos remetem a reflexões no presente estudo, uma vez que a colaboração dos pares de trabalho foi evidenciada como elemento de grande relevância na efetivação da RL. A ausência de colaboração no cotidiano de trabalho foi apontada como determinante de sofrimento e, por vezes, de impossibilidade de respeito ao conteúdo da RL.

Pode-se considerar que na ausência do envolvimento colaborativo, proposto por Tjulin et al. (2011), a percepção de justiça ou injustiça da

designação da RL também pode ser comprometida, resultando em não composição efetiva, no sentido de compartilhamento de responsabilidades e comprometimento para a efetivação da RL, por parte dos pares de trabalho e chefia.

Petersen et al. (2016) estudam sobre os ‘domínios de influência’ durante o WR, que são definidos como elementos que influenciam a capacidade dos pares de trabalho em serem solidários com o retorno de um trabalhador. Identificam a existência de quatro temas que impactam no domínio de influência, sendo eles: (i) organização do trabalho e nível de interação; (ii) rompimento de rotinas de trabalho, (iii) relação direta ou indireta com o retorno dos trabalhadores e (iv) atitudes em relação à licença médica.

Os temas i, ii e iii são percebidos também nos achados sobre a RL. O (ii) rompimento de rotinas de trabalho e a (iii) relação direta ou indireta com o retorno dos trabalhadores compõem com a compreensão da importância de que acordos de trabalho sejam feitos coletivamente e de modo formal e transparente. Estes acordos afetarão diretamente a possibilidade de aplicação da restrição laboral e a capacidade dos colegas em ser solidário no processo e ter pro-atividade no que tange a cooperação interna.

Ademais, conforme proposto por Dunstan e MacEachen (2013) é importante clarificar a condição do trabalhador que necessita de suporte, uma vez que a capacidade dos colegas de trabalho em apoiá-los está relacionada com a qualidade dos acordos feitos, a relação de dependência entre tarefas e

proximidade pessoal, a cultura institucional de trabalho e a duração do apoio necessário.

O processo de designação de RL estudado não considera a participação dos pares de trabalho na definição do conteúdo da restrição. Ao não promover a participação dos pares, não há a clarificação formal da condição de saúde e limitações do trabalhador que está entrando em processo de restrição, dificultando, na perspectiva apresentada por Dunstan e MacEachen (2013), a cooperação na realização cotidiana das atividades.

Outro elemento destacado por esses autores que ressoa no caso estudado é a duração do apoio necessário. O estabelecimento deste tem direta relação com a possibilidade de suporte pelos pares de trabalho.

Trata-se de outro aspecto frágil na designação da RL, uma vez que sua temporalidade se pauta na cronicidade da patologia do trabalhador, ou seja, na evolução do quadro de saúde limitante. Não se considera a avaliação de adequações no trabalho como elemento de contraponto que permitiria algum controle da temporalidade da RL e, portanto, de determinação de sua duração.

Por fim, apesar da restrição laboral não ser uma realidade no âmbito internacional, ela é uma das condições possíveis de permanência no trabalho no cenário nacional. Desse modo, alguns princípios que embasam e norteiam o processo de retorno ao trabalho no contexto internacional se configuraram como importantes disparadores de novas reflexões na temática da RL.

7.2.7 Restrição laboral e recomendação de saúde: uma diferenciação necessária

Um novo elemento adentra ao cenário reflexivo acerca da RL: a recomendação de saúde. Trata-se de uma proposta inovadora do presente estudo.

Considerando a já debatida relevância do conceito de incapacidade que estrutura a formulação da RL, propõe-se a diferenciação entre a conceituação de incapacidade e a **condição de saúde limitante**, sendo essa possivelmente incapacitante para diversas esferas da vida do sujeito.

Nessa perspectiva, sugere-se para a reconstrução do processo de designação da RL a diferenciação entre recomendação de saúde e RL. Esta surge quando a **condição de saúde limitante** se relaciona com o trabalho, tendo impactos reais no mesmo. Em contrapartida, aquela se configura quando determinada condição de saúde resulta em limitação de ações e movimentos dentro ou fora do contexto laboral, em caráter de não agravos à saúde ou impossibilidade do sujeito já instalada.

Logo, a diminuição das capacidades decorrente do quadro de saúde do trabalhador que impactam em esferas da vida do mesmo serão designadas como recomendações de saúde. Destas, somente as que têm impacto direto no desenvolvimento das atividades que compõem o trabalho real é que serão consideradas para a definição da restrição laboral.

Portanto, a RL só poderá ser designada por profissional que conheça a realidade de trabalho do sujeito, tendo como ponto de partida a observação da situação de trabalho e/ou a escuta qualificada⁴¹ dos envolvidos no processo laboral daquele trabalhador.

Essa diferenciação entre RL e recomendação de saúde será importante para que a designação da RL possa ser de fato um processo. Este, por vezes, se iniciará com indicações do especialista que, ao ecoarem ou não como fator limitante na realidade daquele trabalho, terá seu processo instalado ou findado, respectivamente.

Assim, a condição de saúde, apresentada nos resultados do estudo como o ponto de partida para se considerar uma restrição laboral, passa a desencadear a reflexão e orientação ao trabalhador quanto a recomendações de saúde. Estas, no sentido de orientações de elementos que poderiam agravar sua saúde e gerar quadro incapacitante, para as mais variadas esferas do fazer desse sujeito, incluindo-se o trabalho.

Ou seja, a condição clínica alterada, quando desprovida de devida atenção no âmbito da saúde, poderá contribuir para condições mais severas que poderão ou não transformar-se em incapacidades para o trabalho na medida em que acometam ou não capacidades exigidas naquela determinada situação de trabalho.

⁴¹ Considera-se a 'escuta qualificada' como importante forma de cuidado. Trata-se de uma tecnologia leve em saúde que envolve relações do tipo diálogo, vínculo, acolhimento. Possibilita compreender e acolher a demanda do outro sob a perspectiva deste, valorizando suas experiências, necessidades e aspectos do cotidiano (Raimundo, Cadete, 2012; Maynard et al., 2014). 'É compreendida como instrumento facilitador e transformador, estratégico no desenvolvimento da autonomia e inclusão social, e no agenciamento de modos "menos endurecidos" de trabalho' (Maynard et al., 2014. p.301).

Retomando a proposição de incapacidade da CIF, a condição de saúde do indivíduo poderá contribuir em situações de restrição da participação. Se essas restrições se derem no âmbito do trabalho poderão configurar uma restrição laboral.

No entanto, se ocorrerem nas demais esferas da vida, serão consideradas como recomendações de saúde, que, por sua vez, podem vir a produzir problemas experimentados pelo indivíduo no envolvimento em situações reais da vida. Configuram-se em restrições na participação, conceituadas pela CIF (Organização Mundial de Saúde, 2004).

Destaca-se a importância de se relativizar a condição de saúde que pode gerar incapacidade e a possibilidade desta ser limitadora para o desempenho de uma ou mais atividades de trabalho, não a depender exclusivamente da condição de saúde do sujeito, mas também da condição de trabalho que lhe é fornecida.

Portanto, propõe-se que a designação ou não de restrição laboral tenha em seu cerne a aplicabilidade ou não da recomendação de saúde quando contextualizada na situação de trabalho, no real do trabalho. Deve-se considerar a atividade de trabalho e as características das condições e organização do mesmo.

Por fim, acrescentando mais um aspecto na construção reflexiva desse estudo, aponta-se que a designação de RL deveria se configurar como um alerta automático para a realização de avaliação do trabalho com caráter preventivo.

Conforme apontado por Tjulin et al. (2010. p.317) o retorno ao trabalho enquanto processo poderia 'favorecer o cuidado de toda a equipe, tendo em vista que se tem a possibilidade de repensar a situação de trabalho e, conseqüentemente, as transformações ali possíveis, de forma global.' A restrição laboral deveria ter a mesma premissa em sua designação.

A promoção de melhoria(s) nas condições de trabalho como elemento preventivo de novos adoecimentos ou de agravamento da saúde resultaria na não ampliação do conteúdo da RL e/ou na não transposição de recomendação de saúde em RL.

7.3 Reconfigurando o Conceito de restrição laboral

As definições apresentadas, tanto na Fase Bibliográfica como na de Campo, evidenciam que a RL pertence ao sujeito, a sua limitação decorrente da condição de saúde apresentada num determinado momento. São heterogêneas quanto à utilidade da RL e, também, aos critérios e elementos essenciais para sua designação.

Essa heterogeneidade existente na definição da RL é um aspecto importante para esse estudo, pois transita pela adequação do trabalhador e suas limitações ao trabalho; passa pela importância de redução do impacto do trabalho na patologia que o trabalhador possui, com a proibição de alguns atos ou atividades; e chega à adequação da função para a realidade do trabalhador.

Trata-se de compreensões com princípios estruturantes e conceituais divergentes e confrontantes entre si.

Ao se considerar a RL como uma forma de adequação do trabalhador ao trabalho põe-se o foco da questão e da necessidade de ajuste ou conformação no trabalhador e não no trabalho.

Na medida em que se pondera a RL como proporcionador de proteção para o não agravo da saúde do trabalhador (que possui algum acometimento), por meio de limitação de suas possibilidades de atividade a serem desenvolvidas, tem-se a divisão do foco da questão entre as limitações do trabalhador e os impactos da atividade na saúde. Ou seja, passa-se a reconhecer a atividade laboral como potencial geradora de adoecimento.

Nenhuma definição apresentada traz em seu conteúdo o elemento laboral como passível de adequação ou melhoria em suas condições.

Pautando-se nas reflexões apresentadas nessa Fase do estudo sugere-se a revisão do conceito de RL. Como pressupostos que embasam essa proposição tem-se que:

- I. A RL possui caráter bidimensional;
- II. A incapacidade resulta da interlocução entre condição de saúde e situação de trabalho (*aspectos das condições e da organização do trabalho*).

Nesse cenário, propõe-se a seguinte reconfiguração ao conceito:

RL é a contra-indicação da realização de determinadas atividades de trabalho mediante a constatação de incapacidade; decorrente da incompatibilidade da situação de trabalho na inter-relação com o acometimento de saúde do trabalhador.

7.4 Considerações Finais

Os estudos científicos possuem limitações em seu bojo, seja decorrente de recortes metodológicos, seja por constrangimentos do real do trabalho.

O real do trabalho imputa ao estudo, no contexto de uma tese de doutoramento, a concretude do limite temporal. Existem prazos a serem respeitados, fazendo com que a construção do conhecimento seja pausado no tempo concedido à escrita de seu conteúdo.

No entanto, acredita-se que tal limite pode adquirir o status de recorte. Um recorte na temporalidade, na medida em que o registro gerado for consistente, detalhado e aprofundado e que a construção do conhecimento perdure no trabalho efetivo do autor.

No bojo do presente estudo reside, ainda, outra limitação, decorrente da proposta metodológica adotada. O estudo de caso aqui realizado teve sua Fase de Campo desenvolvida em uma instituição pública brasileira, com características específicas no que se refere à contratação e demissão de

trabalhadores e à impossibilidade de mudança de função por decisão gerencial. Sendo assim, pode-se considerar a existência de certa restrição na possibilidade de generalização de parte de seus achados.

Esta limitação é indicada a parte dos achados porque a estratégia de designar RL é adotada em função da referida realidade de contratação e mudança de função. Porém, os conteúdos que dizem respeito à vivência da restrição laboral por tal população transcendem o tipo de contratação e de remanejamento de recursos humanos da instituição e adentram ao campo da imersão no trabalho real.

A vivência dos trabalhadores em situação de RL constitui-se, portanto, como significativo elemento para a reconfiguração do conceito proposta neste estudo. Portanto, a limitação apresentada não pormenoriza a significância da proposição conceitual de RL elaborada nessa tese.

Essa, por sua vez, aguça a necessidade de novos estudos em contextos diversos como forma de promover a ampla compreensão e o aprimoramento do conceito.

Soma-se a isso o fato da RL ser uma realidade do contexto brasileiro. No âmbito internacional o retorno e a permanência no trabalho são estruturados a partir das potencialidades do trabalhador, não tendenciando para a indicação de restrições marcadas pelos aspectos negativos da condição de saúde do sujeito.

Apesar da não ressonância da ideia central da RL no contexto internacional, no âmbito nacional o processo de designação desta pode se alimentar das experiências e produções científicas que tratam do papel dos atores envolvidos na promoção da permanência no trabalho.

O diálogo com a literatura internacional é aparentemente unilateral; no entanto, a possibilidade de elucidar uma ação na área de saúde e trabalho, apontando seus aspectos favoráveis e desfavoráveis, pode promover reflexões em qualquer cenário dessa área, seja ele nacional ou internacional.

Assim, a relevância do presente estudo se consolida na possibilidade de realizar a reflexão aprofundada de um conceito que impacta diretamente no cotidiano de trabalho e na saúde dos trabalhadores nele envolvidos. Ademais, é pouco estudado, apesar de frequentemente utilizado no mundo do trabalho.

Faz-se importante ressaltar que a definição de um conceito é sempre dinâmica, sendo passível de alterações na medida em que o mesmo é aplicado em pesquisas e ações em saúde do trabalhador. Deixa-se, então, o desafio a pesquisadores e profissionais da área para aplicar, replicar, ampliar e/ou refinar o conceito desenvolvido nesse estudo.

CONCLUSÃO

8 CONCLUSÃO

*A verdadeira origem da descoberta
consiste não em buscar somente novas paisagens
mas em ter novos olhos.
(Marcel Proust)*

O uso de metodologia qualitativa de Desenvolvimento de Conceitos permitiu a proposição teórica do conceito de RL com base em dados da literatura e da experiência dos sujeitos, revelando-se um avanço nos estudos nessa temática.

A relevância do conceito de restrição laboral foi ampliada quando da efetiva percepção do mesmo como possibilidade de permanência no trabalho de trabalhadores com algum acometimento de saúde.

Em alguns casos, configura-se como único recurso possível à instituição empregadora para permitir o retorno ao trabalho e buscar a permanência do trabalhador. Dá-se principalmente quando esse não está com sua saúde preservada ou quando se encontra em situação de desamparo decorrente de negação de benefício previdenciário, com identificação de inaptidão para o retorno integral a suas atividades.

Em outros, trata-se do instrumento escolhido pela equipe de saúde ocupacional para limitar a exposição a situações em que o acometimento de saúde do trabalhador pode ser agravado pelo trabalho.

No entanto, em qualquer que seja seu fator desencadeante, evidenciou-se o recorte dado ao processo de RL: ao invés de agir nas condições e organização do trabalho opta-se por restringir, no sentido de limitar, ações e movimentos do trabalhador.

Os contrapontos que surgem de maneira conflitante a tal escolha são que (i) nem sempre tais ações e movimentos são necessários no trabalho real e o trabalhador passa a ter status de restrito; (ii) por vezes, são tão necessárias que o trabalhador não consegue trabalhar; e (iii) se o trabalho agrava um quadro de saúde pré-existente ele não deveria ser considerado como possível gerador de adoecimento ao coletivo de trabalhadores?

No que se refere à condição da RL se configurar como um impeditivo ao trabalho a ser desempenhado pelo trabalhador, o destaque move-se para o coletivo de trabalhadores. Nesse cenário, o trabalho não realizado recai sobre o grupo, tanto na forma de sobrecarga aos pares de trabalho, quanto na necessidade de constante revisão na gestão da organização do trabalho pelas chefias.

Todos os contrapontos indicados têm impactos diretos no trabalho real e nas relações interpessoais, resultando em **impossibilidade de cumprir a RL, conflitos nas relações** entre pares e chefias, **sobrecarga de trabalho, novos adoecimentos**, comprometimento das relações de **cooperação, rupturas no processo de trabalho, sentimento de não pertencimento e estigmatização**.

Assim, as reflexões produzidas nessa tese destacam a importância de se desconstruir a visão monolítica de um termo que é polissêmico, como a restrição laboral.

Nesse contexto e como norteador de futuras discussões nessa temática, a definição de Incapacidade proposta pela CIF é sugerida como estruturante da concepção do conceito de RL. Recomenda-se a consideração de que a restrição laboral só exista em um processo relacional, no qual coloca-se em interlocução a **condição de saúde limitante** do sujeito e a situação de trabalho na qual este se insere cotidianamente.

Portanto, tem-se como premissa que a restrição somente existirá no conhecimento da relação sujeito-atividade laboral e nunca deslocada desse contexto. Deste modo, para se designar restrição laboral faz-se essencial conhecer a realidade de trabalho daquele trabalhador.

O processo de designação da RL deverá, então, considerar o real do trabalho para a qualificação da mesma, sendo o trabalhador sujeito e não telespectador ou objeto desse processo.

Logo, não será algo estanque e sim terá como uma de suas principais variáveis os aspectos da organização e condições de trabalho.

Esses aspectos podem ser considerados como avanços que visam contribuir na melhoria das ações estruturantes dos processos de designação e efetivação da restrição laboral.

Diagrama 4 - Interlocução necessária para a configuração de restrição laboral.

Sugere-se que as contraindicações de ações e movimentos de ordem física e/ou psíquica sejam consideradas como recomendações de saúde no contexto global da vida do sujeito; e não como restrições laborativas.

Aponta-se a relevância do uso da terminologia: trabalhadores em condição de RL, denotando a condição de temporalidade e inter-relação entre aspectos do trabalho e da saúde do sujeito.

Ademais, contribuiu-se com a conceituação da RL apresentando uma proposta de reconfiguração do conceito, contextualizado no escopo do presente estudo. Agrega-se, assim, elementos para a formalização da temática da RL.

Ainda no escopo do debate sobre a RL, um apontamento emerge na Conclusão desse estudo e se configura como temática a ser aprofundada em novos estudos: a RL se confirma como um elemento importante para permanência no trabalho? Ou considerando-se todos seus impactos, deveria ser substituída pela identificação de potencialidades e aptidões para o recorte de atividades no setor/função?

Por fim, pode se afirmar que o presente estudo agrega elementos ao debate e construção do conhecimento científico na temática da restrição laboral, tanto no que se refere a sua conceituação, quanto ao processo de designação.

ANEXOS

9 ANEXOS

Anexo A - Roteiro 1 (Roteiro de Entrevista com equipe SESMT: designadores da restrição laboral).

Anexo B - Roteiro 2 (Roteiro de Entrevista com trabalhadores com restrição laboral).

Anexo C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Anexo D - Aprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição.

Anexo E - Aprovação da solicitação de mudança de título da Tese.

Anexo A - Roteiro 1 (Roteiro de Entrevista com equipe SESMT: designadores da restrição laboral)

Roteiro 1 - Entrevista com equipe SESMT: designadores da restrição laboral

Pergunta inicial: gostaria que me contasse o que é, para você, restrição laboral e qual sua experiência.

A – Aspectos da Restrição Laboral

- Para você quais são os **aspectos essenciais** da RL?
- **Para que** ela **serve**?

B – Vamos falar agora sobre como se define a restrição laboral. (Gostaria de saber como se faz para defini-la).

- Como a equipe designa a RL?
- Como é o **processo ou caminho** da RL?
- Quais são os **principais elementos**?
- E os **atores envolvidos** (SESMT e do serviço)?
- Quais são os **critérios utilizados**?
 - os critérios são acordados ou a critério do médico?
 - em que momento se decide pela RL?
 - sob quais condições?
- Designar a RL é um **processo**? Como se dá?
 - é **estruturado em fases**? (início, acompanhamento, fim, há renovação)
- Quais são os **fluxos**?
- Quais são os **materiais de informação ou apoio** que você dispõe e utiliza?
- O **médico assistente** ou especialista participa do processo de designação da RL? Se sim, me explique como.
- Quais são os **tipos de restrição**?
- Me conte um caso que exemplifique o processo de designação da RL.

C – Agora gostaria de saber como é para você dar/designar RL?

- Como você chegou nesse lugar, nesse trabalho?

- Como você se sente designando RL?

- O que para você é **mais importante no processo de designação** da restrição laboral?

D - Existem elementos **facilitadores**? Se sim, me fale sobre eles.

- E elementos **dificultadores**? Se sim, me explique quais são?

E - Qual você considera que é a **participação do trabalhador** no processo de designação da RL?

F - Você considera que a RL tem **impactos para os envolvidos** no processo (trabalhadores em restrição laboral e equipe de saúde ocupacional)?

Se sim, me diga quais. Me conte exemplos.

G - Você considera que a RL **interfere no retorno e permanência no trabalho**? Se sim, me explique como e por quê.

Me dê um exemplo (conte um caso).

Anexo B - Roteiro 2 (Roteiro de Entrevista com trabalhadores com restrição laboral)

Roteiro 2 - Entrevista trabalhadores com restrição laboral

Pergunta inicial: gostaria que me contasse o que é, para você, restrição laboral e qual sua experiência.

A – Aspectos da Restrição Laboral

- Para você quais são os **aspectos essenciais** da RL?
- **Para que** ela **serve**?

B – Vamos falar agora sobre como se define a restrição laboral. (Gostaria de saber como foi a definição de sua RL).

- **Quem define** a RL?
- O que é **essencial** para você na RL?
- **Como iniciou** sua RL?
- Qual foi seu **processo ou caminho** para a definição da RL?
- Quais são, para você, os **principais elementos**?
- Qual seu **papel na definição** de sua RL?
- E quais os **atores envolvidos**?
- De quem é a **responsabilidade** pela RL?

C – Qual o papel do **médico assistente** ou especialista? Ele participa do processo de designação da RL? Se sim, me explique como.

D – Existem tipos de restrição?

- Me conte algum exemplo.

E – Vivência da RL

- Como é, para você, **ter** restrição laboral?
- Como é **vivenciar** no dia a dia (cotidiano de trabalho) a RL?
- Como você **se sente** tendo RL?
- Você considera que a RL tem **impactos para os envolvidos** no processo (trabalhadores em restrição laboral e equipe de saúde ocupacional)?
Se sim, me diga quais. Me conte exemplos.
- Existem elementos **facilitadores**? Se sim, me fale sobre eles.
- Existem elementos **dificultadores**? Se sim, me explique quais são?

F - Você considera que a RL **interfere no retorno e permanência no trabalho**? Se sim, me explique como e por quê.

Me dê um exemplo (conte um caso).

Anexo C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL
LEGAL**

1. NOME: _____
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : _____ SEXO: M ☐ F ☐
 DATA NASCIMENTO:/...../.....
 ENDEREÇO _____ Nº. _____ APTO. _____
 BAIRRO: _____ CIDADE _____
 CEP: _____ TELEFONE: DDD () _____

2. RESPONSÁVEL LEGAL
 NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE: SEXO: M ☐ F ☐
 DATA NASCIMENTO:/...../.....
 ENDEREÇO: Nº. APTO:
 BAIRRO: CIDADE:
 CEP: TELEFONE: DDD (.....).....

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: *Processo de Designação e Vivência das Restrições Laborais e a Saúde dos Trabalhadores: estudo de caso em um Hospital Público do Município de São Paulo*⁴².

2. PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Selma Lancman

CARGO/FUNÇÃO: Professora Titular da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 418-TO.

UNIDADE DO HCFMUSP: Faculdade de Medicina – Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional.

PESQUISADORA EXECUTANTE: Tatiana de Andrade Jardim

CARGO/FUNÇÃO: Terapeuta Ocupacional do Laboratório de Investigação e Intervenção em Saúde e Trabalho (FMUSP) e Doutoranda do Programa de Ciências da Reabilitação.

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 7689-TO.

UNIDADE DO HCFMUSP: Faculdade de Medicina – Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional.

⁴² Optou-se por inserir o TCLE original, utilizado durante a coleta de campo. A solicitação de mudança do título da Tese foi feita posteriormente a coleta de campo, assim, o documento apresentado aos participantes, assinado e arquivado pela pesquisadora possui essa nomenclatura do protocolo de pesquisa.

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO ☒ X RISCO MÉDIO ☐
RISCO BAIXO ☐ RISCO MAIOR ☐

4. DURAÇÃO DA PESQUISA: 40 meses**5. INFORMAÇÕES RELEVANTES**

A pesquisa intitulada '*Processo de Designação e Vivência das Restrições Laborais e a Saúde dos Trabalhadores: estudo de caso em um Hospital Público do Município de São Paulo*' tem como objetivo geral conhecer os aspectos envolvidos na definição, qualificação e efetivação da restrição laboral e seus impactos junto ao contexto de trabalho, sob a ótica de um determinado grupo de trabalhadores em situação de restrição laboral e da equipe de saúde ocupacional envolvida nesse processo, em um hospital público do Município de São Paulo.

Assim, gostaríamos de convidá-lo para participar deste estudo, que utilizará os seguintes procedimentos: entrevistas semi-estruturadas, observação da situação de trabalho, estudo retrospectivo de dados do prontuário e revisão bibliográfica. Sua participação é voluntária e você tem o direito de sair da pesquisa a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer tipo de prejuízo.

Você poderá perguntar qualquer dúvida sobre o estudo ou sobre sua participação a qualquer momento no decorrer da pesquisa. Os dados referentes aos procedimentos realizados serão gravados, filmados e/ou fotografados, escritos e analisados posteriormente, porém seu anonimato será preservado. Portanto, seu nome ou qualquer outro dado que o identifique não será revelado. Você poderá solicitar os escritos da entrevista e da observação da situação de trabalho, se for o caso, e realizar as modificações que considerar necessária. Todos os dados do estudo serão guardados em local seguro.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa. O principal pesquisador é a Profa. Titular Selma Lancman, que pode ser encontrada na Rua Cipotânea, 51; telefone: 3091.8436 ou no e-mail: lancman@usp.br. Além disso, se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, pode entrar em contato com o Comitê de Ética

em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Av. Doutor Arnaldo, 455 – 1º andar - tel: 3061-8004.

Se você teve a liberdade de conversar com o pesquisador que te apresentou este termo de consentimento para participar da pesquisa; se você acredita ter sido suficientemente informado; se ficaram claros quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes; se ficou claro também que a participação é voluntária e isenta de despesas, sendo que poderá retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízo, assine abaixo.

São Paulo, ____ / ____ / ____ _____
Assinatura do entrevistado/representante legal

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste entrevistado ou representante legal para a participação neste estudo.

São Paulo, ____ / ____ / ____ _____
Assinatura do responsável pelo estudo

Anexo D - Aprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição

Hospital das Clínicas da FMUSP
Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq

PROJETO DE PESQUISA

Título: PROCESSO DE DESIGNAÇÃO E VIVÊNCIA DAS RESTRIÇÕES LABORAIS E A SAÚDE DOS TRABALHADORES: ESTUDO DE CASO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Pesquisador Responsável: Selma Lancman

Versão: 1

Pesquisador Executante: Tatiana de Andrade Jardim

CAAE: 17554913.8.0000.0068

Finalidade Acadêmica: Doutorado

Orientador: Selma Lancman

Instituição: HCFMUSP

Departamento: FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA E TERAPIA OCUPACIONAL

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Registro on-line: 10898

Número do Parecer: 311.709

Data da Relatoria: 19/06/2013

Apresentação do Projeto: A temática da restrição laboral se insere no amplo campo da saúde do trabalhador e como tal deve ser contemplada na elaboração de políticas e planos de ação e em estudos científicos na área em questão. No entanto, a realidade atual não contempla esse panorama a contento. A restrição laboral decorre da impossibilidade do trabalhador realizar alguma(s) tarefa(s) prevista(s) em sua função, quando as condições de trabalho não podem ser adequadas a sua condição de saúde. Assim, ela poderá ser designada a qualquer momento da vida produtiva do trabalhador, como por exemplo, em processos decorrentes do envelhecimento. No entanto, vale destacar que nos processos de adoecimento teremos maior probabilidade de se necessitar da indicação de restrição laboral. Ao se pensar em processo de adoecimento, teremos como eixos norteadores as doenças comuns, os acidentes de trabalho e as doenças ocupacionais. E, também, a realidade vivenciada pelos trabalhadores quando sofrem afastamentos das atividades laborais, decorrentes de tais adoecimentos.

Objetivo da Pesquisa: Conhecer os aspectos envolvidos na definição, qualificação e efetivação da restrição laboral e seus impactos junto ao contexto de trabalho, sob a ótica de um determinado grupo de trabalhadores em situação de restrição laboral e da equipe de saúde ocupacional envolvida nesse processo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios: Dar visibilidade aos aspectos envolvidos na definição, qualificação e efetivação da restrição laboral e seus impactos junto ao contexto de trabalho, sob a ótica de quem a vivencia no cotidiano, apontando os aspectos facilitadores e as barreiras aos envolvidos no processo para que se possa produzir melhorias. Não a risco esperado para esta pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: Trata-se de projeto de pesquisa com abordagem qualitativa, para tese de doutorado de Tatiana de Andrade Jardim sob orientação da Profa. Titular Selma Lancman.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: A pesquisa poderá facilitar a compreensão e visibilidade dos aspectos envolvidos na definição, qualificação e efetivação da restrição laboral e seus impactos junto ao contexto de trabalho, sob a ótica de quem vivencia a designação e a aplicação da restrição laboral no cotidiano de suas ações. Espera-se que com a compreensão desses aspectos seja possível a definição de melhorias nos processos de designação e vivência da restrição laboral e no destaque dessa temática na área de saúde e trabalho.

Almeja-se que as produções científicas decorrentes desse estudo promovam maior visibilidade à temática da restrição laboral e fortaleçam as discussões no campo, com vistas à inclusão da mesma em debates das políticas públicas em saúde do trabalhador.

Recomendações: O projeto está bem formulado e fundamentado estando prevista a informação aos sujeitos de pesquisa através do TCLE.

Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 225 - Prédio da Administração - 5º andar

CEP 05403-010 - São Paulo - SP,tnb

55 11 2661-7585 - 55 11 2661-6442 ramais: 16, 17, 18 | marcia.carvalho@hc.fm.usp.br

Anexo E - Aprovação da solicitação de mudança de título da Tese

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS			
1. Projeto de Pesquisa: Restrição Laboral: um conceito em construção na designação e vivência da incapacidade no trabalho.			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 20			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: selma lancman			
6. CPF: 008.358.268-13		7. Endereço (Rua, n.º): SIMAO ALVARES 1/99999 PINHEIROS 092 SAO PAULO SAO PAULO 05417030	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: (11) 3091-8436	10. Outro Telefone:
		11. Email: lancman@usp.br	
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p> <p>Data: <u>15</u> / <u>04</u> / <u>16</u></p> <p style="text-align: right;"> Profa. Dra. Selma Lancman <i>Assinatura</i> <i>Assinatura do Curso de Terapia Ocupacional</i> </p>			
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: HOSPITAL DAS CLINICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP		13. CNPJ: 60.448.040/0001-22	
14. Unidade/Orgão:			
15. Telefone:		16. Outro Telefone:	
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p> <p>Responsável: <u>ELOÍSA SILVA DUTRA DE OLIVEIRA BONFÁ</u> CPF: <u>042.658.928-92</u></p> <p>Cargo/Função: <u>Diretora Clínica do HCFMUSP</u></p> <p>Data: <u>19</u> / <u>04</u> / <u>16</u></p> <p style="text-align: right;"> PROFESSORA ELOISA BONFÁ <i>Assinatura</i> Diretor Clínico do HCFMUSP </p>			
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
FACULDADE DE MEDICINA DA
USP - HCFMUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Restrição Laboral: um conceito em construção na designação e vivência da incapacidade no trabalho.

Pesquisador: selma lancman

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 17554913.8.0000.0068

Instituição Proponente: HOSPITAL DAS CLINICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA U S P

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.532.982

Apresentação do Projeto:

Trata se de projeto de pesquisa de defesa de tese de TATIANA DE ANDRADE JARDIM intitulada "Processo de designação e vivência das restrições laborais e a saúde dos trabalhadores: estudo de caso em um Hospital Público do Município de São Paulo" que retorna com solicitação de mudança de título para "Restrição Laboral: um conceito em construção na designação e vivência da incapacidade no trabalho".

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo da emenda: alteração do título da tese de Doutorado de TATIANA DE ANDRADE JARDIM.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não foi esperado risco para esta pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A mudança solicitada é justificada pela pesquisadora responsável para melhor adequação do título à terminologia científica internacional.

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-010

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2661-7585

Fax: (11)2661-7585

E-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abrahão J, Sznclwar LI, Silvino A, Sarmet M, Pinho D. *Introdução à ergonomia: da prática à teoria*. 1a ed. São Paulo: Edgard Blucher; 2009. 240p.

Amado JS. A técnica de análise de conteúdo. *Rev Referência*. 2000; 5:53-63.

Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

Barreto MMS. *Violência, saúde, trabalho: uma jornada de humilhações*. São Paulo: Educ, 2004.

Bengel, J. Restrictions of work ability. *Rehabilitation*. 2014;53(6):361-8.

Biblioteca Virtual em Saúde / BVS. *Descritores em ciências da saúde*. 2014 [citado 17 out. 2014]. Disponível em: <http://decs.bvs.br/>; <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>.

Bouso RS, Poles K, Rossato LM. Desenvolvimento de conceitos: novas direções para a pesquisa em tanatologia e enfermagem. *Esc Enferm USP*. 2009; 43(Esp 2):1331-6.

Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.728, de 11/11/2009*. [citado 11 mar 2013]. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: http://www.renastonline.org/renastonline/attachments/159_portaria_renast_2728.pdf.

Brasil. *Decreto nº 6833, de 29 de abril de 2009*. Institui o Subsistema Integrado de Atenção à saúde do servidor Público Federal – SIASS e o Comitê Gestor de Atenção à saúde do servidor. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2009b. Disponível em: <http://wp.ufpel.edu.br/progep/files/2013/07/Decreto-6833-SIASS.pdf?file=2013/07/Decreto-6833-SIASS.pdf>.

Brasil. Decreto 7.602 - *Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho/ PNSST*. [citado 03 mar 2013]. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm

Brasil. Ministério da Previdência Social. Instituto Nacional da Previdência Social. Diretoria de Saúde do Trabalhador /DIRSAT. Manual Técnico de Procedimentos da área de Reabilitação Profissional. Brasília: Ministério da Previdência Social, 2011b.

Brasil. Ministério da Previdência Social. Instituto Nacional da Previdência Social. Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social. *Anuário Estatístico da Previdência Social/ AEPS 2011*. Brasília: MPS/DATAPREV; 2011c. [citado 05 abr 2013]. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=423>

Brasil. Ministério da Previdência Social. Instituto Nacional da Previdência Social. Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social. *Anuário Estatístico da Previdência Social/ AEPS 2012*. Brasília: MPS/DATAPREV; 2012. [citado 17 dez 2014]. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/estatisticas/aeaps-2012-anuario-estatistico-da-previdencia-social-2012/>

Brasil. Ministério da Previdência Social. Instituto Nacional da Previdência Social. Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social. *Anuário Estatístico da Previdência Social/ AEPS 2013*. Brasília: MPS/DATAPREV; 2013. [citado 20 dez 2014]. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/estatisticas/aeaps-2013-anuario-estatistico-da-previdencia-social-2013/>.

Bregalda MM, Lopes RE. O Programa de Reabilitação Profissional do INSS: apontamentos iniciais a partir de uma experiência. *Cad Terapia Ocup UFSCar*. 2011; 19(2):249-61.

Britten N. Entrevistas qualitativas. In: Mays N, Pope C. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 3ªed. Porto Alegre: Artmed, 2009. p.23-32.

Campos CJG. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev Bras Enferm*. 2004 set/out;57(5):611-4.

Canal P, Cruz RM. Aspectos psicológicos e reabilitação profissional: revisão de literatura. *Estud Psicol*. 2013;30(4):593-601.

Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15(4):679-84.

Carvalho LS, Silva CA, Oliveira ACP, Camargo CL. Interacionismo simbólico e Enfermagem pediátrica. *Rev Enferm UERJ*. 2007;15(1):119-24.

Carvalho MEI, Carvalho J, Reynaldo M, Carvalho RA, Paula JR. Limitação funcional em pacientes com hérnia discal lombar e o impacto na vida laboral. *Rev Ter Manual Fisioter Manipul*. 2010a; 38(8):320-24.

Carvalho VD, Borges LO, Rêgo DP. Interacionismo simbólico: origens, pressupostos e contribuições aos estudos em psicologia social. *Psicol Ciencia Profissão*. 2010b;30(1):146-61.

Cestari E, Carlotto MS. Reabilitação profissional: o que pensa o trabalhador sobre sua reinserção. *Est Pesq Psicol*. 2012;12(1):93-115.

Cellard A. A análise documental. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Laperrière A, Mayer R, Pires AP. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. 3a ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2012. p.295–316.

Chiaburu DS, Harrison DA. Do peers make the place? Conceptual synthesis and meta-analysis of coworker effects on perceptions, attitudes, OCBs, and performance. *J Appl Psychol*. 2008; 93(5):1082-103.

Dahl TH. International classification of functioning, disability and health: an introduction and discussion of its potencial impact on rehabilitation services and research. *J Rehabil Med*. 2002;34(5): 201-4.

Dejours C. Addendum. Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: Lancman S, Sznelwar LI (orgs). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. 2a ed. Brasília: Paralelo 15; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011a. p.57-124.

Dejours C. Sofrimento e prazer no trabalho: a abordagem da psicopatologia do trabalho. In: Lancman S, Sznelwar LI (orgs). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. 2a ed. Brasília: Paralelo 15; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011b. p.167-84.

Dejours C. Subjetividade, trabalho e ação: uma visão de conjunto. In: Dejours C. *Trabalho Vivo- trabalho e emancipação (Tomo II)*. Brasília: Paralelo 15, 2012a. p.23-44.

Dejours C. Outra forma de civilidade: a cooperação. In: Dejours C. *Trabalho Vivo- trabalho e emancipação (Tomo II)*. Brasília: Paralelo 15, 2012b. p.75-112.

Deslauriers JP. A indução analítica. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Laperrière A, Mayer R, Pires AP. *A pesquisa qualitativa: Enfoques*

epistemológicos e metodológicos. 3a ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2012. p.337-52.

Deslauriers JP, Kèrisit M. O delineamento de pesquisa qualitativa. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Laperrière A, Mayer R, Pires AP. A pesquisa qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos. 3a ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2012. p.127-214.

Duarte, R. Pesquisa Qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. *Cad. Pesq.* 2002;115:139-54.

Dunstan D, MacEachen E. A theoretical model of co-worker responses to work reintegration processes. *J Occup Rehabil.* 2014;24(2):189-98.

Dunstan D, MacEachen E. Bearing the brunt: Co-workers' experiences of work reintegration processes. *J Occup Rehabil.* 2013;23(1): 44-54.

Durand M, Vezina N, Baril R, Loisel P, Richard M, Ngomo S. Margin of manoeuvre indicators in the workplace during the rehabilitation process: A qualitative analysis. *J Occup Rehabil.* 2009;19(2):194-202.

Farias N, Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol.* 2005;8(2):187-93.

Flick, U. *Desenho da pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed, 2009. 164p.

Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(1):17-27.

Franco, MLPB. *Análise de conteúdo*. 2a ed. Brasília: Líber Livro, 2005. 79p.

Gil, AC. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6a ed. São Paulo: Atlas, 2008.

Godoi CK, Mattos PLCL. Entrevista qualitativa: instrumento de pesquisa e evento dialógico. In: Godoi CK, Bandeira-de-Mello R, Silva AB (orgs). *Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos*. 2a ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

Godoy AS. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. *ERA Rev Adm Empresas.* 1995;35(3):20-29.

Gomes R, Souza ER, Minayo MCS, Malaquias JV, Silva CFR. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER (orgs). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. pag.185-221.

Goulart IB, Bregunci MGC. Interacionismo simbólico: uma perspectiva psicossociológica. *Em Aberto*. 1990;9(48):50-61.

Goulding G. Grounded theory: the missing methodology on the interpretivist agenda. *Qual Market Res*. 1998;1(1):50-7.

Guérin F, Laville A, Daniellou F, Duraffourg F, Kerguelen A. Capítulo 2: Trabalho, tarefa, Atividade. In: Guérin F, Laville A, Daniellou F, Duraffourg F, Kerguelen A. *Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia*. São Paulo: Blucher; 2001. p.7-46.

Gurgueira GP, Alexandre NMC. Laudos médicos recomendando restrições laborais em um hospital universitário no Brasil. *Rev Latinoam Enfermagem*. 2006;14(4):510-16.

Hoefsmit N, Houkes I, Nijhuis FJ. Intervention characteristics that facilitate return to work after sickness absence: a systematic literature review. *J Occup Rehabil*. 2012 Dec;22(4):462-77.

Hospital das Clínicas. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. Serviço de Assistência Médica e Social aos Servidores – SAMSS [citado 20 12 2014]. Disponível em: http://www.hc.fm.usp.br/index.php?option=com_content&view=article&id=226:samss&catid=20:conteudo.

Junior JJS, Kupek E, Cruz RM, Bastilott C, Cherem AJ. Preditores de retorno ao trabalho em uma população de trabalhadores atendidos em um programa de reabilitação profissional. *Acta Fisiatr*. 2009;16(2):81-6.

Knafl KAQ, Deatrick JA. Knowledge sunthesis and concept development in nursing. In: Rodgers BL, Knafl KA (eds). *Concept development in nursing*. 2nd ed. Philadelphia: Saunders Company, 2000. p.39-45.

Lacaz, FAC. Política Nacional de Saúde do Trabalhador: desafios e dificuldades. In: Lourenço E, Navarro V, Bertani I, Silva JFS, Santana R (orgs). *O avesso do trabalho II. Trabalho, precarização e saúde do trabalhador*. 1a ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010. p.199-230.

Ladekjær EL, Labriola M, Nielsen, CV, Petersen, KS Betwixt and between: workplace perspectives on work reintegration in the eldercare sector in Denmark. *Disabil Rehabil.* 2015;37(20):1839-48.

Lancman S, Barros JO, Silva MD, Pereira AR, Jardim TA. Interrelationship between organizational and relational aspects and the return-to-work process: a case study with nursing professionals at a teaching hospital in Brazil. *J Occup Rehabil.* 2016; 1:1-10.

Lancman S, Daldon MTB, Barros JO, Gonçalves RMA, Jardim TA. Processos de retorno e permanência no trabalho: elementos estruturantes para a construção de um modelo de ação. In: Simonelli AP, Rodrigues DS (orgs). *Saúde e trabalho em debate: velhas questões, novas perspectivas*. Brasília: Paralelo 15, 2013a. p.135-58.

Lancman S, Jardim TA, Barros JO. Trabalho e subjetividade. In: Simonelli AP, Rodrigues DS (orgs). *Saúde e trabalho em debate: velhas questões, novas perspectivas*. Brasília: Paralelo 15, 2013b. p.17-32.

Lancman S, Uchida S. Trabalho e subjetividade: o olhar da psicodinâmica do trabalho. *Cad Psicol Social Trabalho.* 2003; 6:79-90.

Laperrière A. Os critérios de cientificidade dos métodos qualitativos. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Laperrière A, Mayer R, Pires AP. *A pesquisa qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos*. 3a ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2012. pag.410-35.

Lima M, Andrade AGM, Bulcão CMA, Mota EMCL, Magalhães FB, Carvalho RCP, Freitas SMC, Carvalho Sá SRF, Porto LA, Neves RF. Programa de reabilitação de trabalhadores com LER/DORT da Cesat/Bahia: ativador de mudanças na Saúde do trabalhador. *Rev Bras Saúde Ocupacional.* 2010;35(121):112-21.

Loisel P, Buchbinder R, Hazard R, Keller R, Scheel I, van Tulder M, Webster B. Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: the challenge of implementing evidence. *J Occup Rehabil.* 2005; 15(4):507-24.

Lopes CHAF, Jorge MSB. Symbolic Interacionism and the possibility to the interactive care in nursing (Interacionismo Simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo em enfermagem). *Rev Esc Enferm USP.* 2005; 39(1):103-8.

MacEachen E, Kosny A, Ferrier S, Chamber L. The “toxic dose” of system problems: Why some injured workers don’t return to work as expected. *J Occup Rehabil.* 2010; 20(3):349–66.

Maeno M, Takahashi MAC, Lima MAG. Reabilitação profissional como política de inclusão social. *Acta Fisiatr.* 2009;16(2):53-8.

Maeno M, Vilela RAG. Reabilitação profissional no Brasil: elementos para a construção de uma política pública. *Rev Bras Saúde Ocup.* 2010;35(121):87-99.

Manzini EJ. *Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros.* Relatório em PDF. Departamento de Educação Especial. Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal de São Paulo, 2004.

Martin D, Andreoli SB, Quirino J, Nakamura E. Noção de significado nas pesquisas em saúde: a contribuição da antropologia. *Rev Saúde Pública.* 2006;40(1):178-80.

Mattos CLG. A abordagem etnográfica na investigação científica. *Rev INES-EPAC.* 2001;16:42-59.

Matsuo M. *Acidentado do trabalho: reabilitação ou exclusão?* [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1998.

Maynard WHC, Albuquerque MCS, Brêda MZ, Jorge JS. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. *Acta Paul Enfermagem.* 2014;27(4):300-3.

Mays N, Ziebland S, Pope C. Analisando dados qualitativos. In: Mays N, Pope C. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.* 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2009. p.77-96.

Mendonça JRC. Interacionismo simbólico: uma sugestão metodológica para a pesquisa em administração. *REAd.* Edição 26. 2002;8(2).

Minayo MCS. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. *Avaliação por triangulação de métodos-Abordagem de programas sociais.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 12a ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

Minayo MCS. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 32a ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2012. 80p.

Molinier P. Trabalho prescrito, trabalho real. In: Molinier P. *O trabalho e a psique – uma introdução à psicodinâmica do trabalho*. Tradução: Franck Soundant. Brasília: Paralelo 15, 2013a. p.83-94.

Molinier P. A atividade coordenada útil. In: Molinier P. *O trabalho e a psique – Uma introdução à psicodinâmica do trabalho*. Tradução: Franck Soundant. Brasília: Paralelo 15, 2013b. p.95-106.

Molinier P. As regras do ofício. In: Molinier P. *O trabalho e a psique – Uma introdução à psicodinâmica do trabalho*. Tradução: Franck Soundant. Brasília: Paralelo 15, 2013c. p.131-48.

Molinier P. A identidade. In: Molinier P. *O trabalho e a psique – Uma introdução à psicodinâmica do trabalho*. Tradução: Franck Soundant. Brasília: Paralelo 15, 2013d. p.149-56.

Molinier P. O reconhecimento do trabalho. In: Molinier P. *O trabalho e a psique – Uma introdução à psicodinâmica do trabalho*. Tradução: Franck Soundant. Brasília: Paralelo 15, 2013e. p.157-68.

Morse JM. Exploring the theoretical bases of nursing using advanced techniques of concept analysis. *Adv Nur Science*. 1995;17(3):31-46.

Morse JM. Exploring pragmatic utility: concept analysis by critically appraising the literature. In: Rodgers BL, Knafl KA (eds). *Concept development in nursing*. 2nd ed. Philadelphia: Saunders Company, 2000. p.333-52

Morse JM. Constructing qualitatively derived theory: concept construction and concept typologies. *Qual Health Res*. 2004;14(10):1387-95.

Nubila HBVD, Buchalla CM. O papel das classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(2):324-35.

Oliver M. *The politics of disablement*. London: MacMillan, 1990.

Organização Internacional do Trabalho. LABORSTA internet. Main statistics (annual) - Occupational Injuries. International Labour Organization (ILO). Suíça, 2010 [cited 11 jul 2014]. Available in: <http://laborsta.ilo.org/applv8/data/c8e.html>.

Organização Mundial de Saúde. *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF*. (Tradução Amélia Leitão, Lisboa). Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2004. 238

Pavão ALB. *Avaliação da equidade no uso de serviços de saúde em uma população brasileira em idade laboral: o Estudo Pró-Saúde* [Dissertação]. Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2008. 70p.

Petersen KS, Labriola M, Nielsen CV, Larsen EL. Work reintegration after long-term sick leave: domains of influence on co-workers' ability to be supportive. *Disabil Rehabil*. 2016 Jan 4:1-12.

Pettengill MAM. *Vulnerabilidade da família: desenvolvimento do conceito* [Tese]. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2003.

Poles K. *O desenvolvimento do conceito de morte digna na UTI pediátrica* [Tese]. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008. 133p.

Poles K, Bousso RS. O interacionismo interpretativo como referencial metodológico para gerar evidências nas pesquisas em enfermagem. *Rev Min Enf*. 2004;8(3):395-7.

Pope C, Mays N. *Pesquisa qualitativa na atenção a saúde*. São Paulo: Artmed, 2005. 118p.

Poupart J. A entrevista de tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Laperrière A, Mayer R, Pires AP. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. 3a ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2012. pag.410-35.

Prefeitura de São Paulo. Coordenação de Gestão de Pessoas. *Manual do Programa de Readaptação, Restrição Funcional e Reabilitação Profissional*, 2012. 62p.

Raimundo JS, Cadete MMM. Escuta qualificada e gestão social entre os profissionais de saúde. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(2):61-7.

Ramalho JC. *Incapacidade laborativa no INSS*. 3º Congresso Brasileiro de Perícia Médica Previdenciária. Rio de Janeiro, 2011.

Ramos MZ, Tittoni J, Nardi HC. A experiência de afastamento do trabalho por adoecimento vivenciada como processo de ruptura ou continuidade nos modos de viver. *Cad Psicol Social Trabalho*. 2008;11(2):209-21.

Rodgers BL. Concepts analysis and the development of nursing knowledge: the evolutionary cycle. *J Adv Nurs*. 1989;14(4):330-5.

Rodgers BL. Philosophical foundations of concept development. In: Rodgers BL, Knafl KA (eds). *Concept development in nursing*. 2nd ed. Philadelphia: Saunders Company, 2000. p.7-37.

Rodgers BL, Knafl, KA. Introduction to concept development in nursing. In: Rodgers BL, Knafl KA (eds). *Concept development in nursing*. 2nd ed. Philadelphia: Saunders Company, 2000. p.1-6.

Sala A, Parreira SMCP. O trabalho no setor hospitalar: adoecimento e afastamentos por motivo de saúde. In: Assunção AA, Brito J (orgs). *Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego*. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2011. p.151-71.

Sampaio RF, Madel TL. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da saúde. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(3):475-83.

Santos RS. Interacionismo simbólico: uma abordagem teórica de análise na saúde. *Rev Enf Brasil*. 2008;9(1):232-7.

Schraiber LB. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Rev Saúde Pública*. 1995;29(1):1-11.

Schraiber LB. (Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo). Epistemologia, métodos e técnicas em pesquisa qualitativa. (Apresentada na Disciplina de Pós Graduação MPR5750 - Metodologia da Pesquisa Qualitativa aplicada à Saúde; 2012; São Paulo, SP).

Schveitzer FC. Trabalhadores com restrições laborais: comitê de acompanhamento em empresa pública. *Rev Bras Med Trab*. 2014;12(1):43-9.

Schwartz-Barcott D, Kim HS. An expansion and elaboration of the Hybrid Model of Concept Development. In: Rodgers BL, Knafl KA (eds). *Concept development in nursing*. 2nd ed. Philadelphia: Saunders Company, 2000. p.129-59.

Seidman I. *Interviewing as qualitative research: a guide for researchers in education and the social sciences* [e-book]. Fourth Edition ed. New York. London: Teachers College Press; 2013 [cited 2015 jul 20]. Available from: <http://www.teacherscollegepress.com>.

Silva RJ, Alencar VL. *Avaliação da ocorrência de restrições laborais em auxiliares e técnicos de enfermagem em uma regional de saúde do Distrito Federal*. 2009. 56 f. Monografia (Enfermagem). Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2009.

Simonelli AP, Camarotto JA. Industrial task analysis approach as a tool for inclusion of peoples whit special needs in the work market. *Occup Ther Int*. 2008;15:150-64.

Simonelli AP, Camarotto JA, Bravo ES, Vilela RAG. Proposta de articulação entre abordagens metodológicas para melhoria do processo de reabilitação profissional. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2010;35(121):64-73.

Silva CR, Gobbi BC, Sinão AA. The use of the analysis of content as a tool for the qualitative research: description and aplication of the method. *Organ Rurais Agroind*. 2005;7(1):70-81.

Souza ER, Minayo MCS, Deslandes SF, Veiga JPC. Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER (orgs). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p.113-56.

Stake RE. *Pesquisa qualitativa: estudando como as coisas funcionam*. Tradução Carla Reis. Porto Alegre: Penso, 2011.

Streibelt M, Brunger M. How many work-related therapeutic services do patients with severe restrictions of work ability receive? Analysis of a representative rehabilitation sample across indications. *Rehabilitation*. 2014; 53(6):369-75.

Sznelwar L, Lancman S, Santos MC, Alvarinho E, Wu MJ. Análise do trabalho e do serviço de limpeza hospitalar: contribuições da ergonomia e da psicodinâmica do trabalho. *Rev Produção*. 2004;14(3):45-57.

Sznelwar L, Uchida S, Lancman S. A subjetividade no trabalho em questão. *Tempo Social - Rev Sociol USP*. 2011;23(1):11-30.

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.

Takahashi MABC, Iguti AM. As mudanças nas práticas de reabilitação profissional da Previdência Social no Brasil: modernização ou enfraquecimento da proteção social? *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(11): 2661-70.

Takahashi MABC, Kato M, Leite RAO. Incapacidade, reabilitação profissional e Saúde do Trabalhador: velhas questões, novas abordagens. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2010a; 35(121):07-09.

Takahashi MABC, Simonelli AP, Sousa HP, Mendes RWB, Alvarenga MVA. Programa de reabilitação profissional para trabalhadores com incapacidades por LER/DORT: relato de experiência do CEREST-Piracicaba. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2010b;35(121):100-1.

Takahashi MABC, Mendes TT, Rodrigues DS, Barvo ES, Simonelli AP. Agir articulado entre atenção, reabilitação e prevenção em Saúde do Trabalhador: a experiência do CEREST-Piracicaba. *Revista da RET*. 2011;V(9):117-38.

Tjulin A, MacEachen E, Ekberg K. Exploring workplace actors experiences of the social organization of return-to-work. *J Occup Rehabil*. 2010; 20(3):311-21.

Tjulin A, MacEachen E, Stiwne EE, Ekberg K. The social interaction of return to work explored from co-workers experiences. *Disabil Rehabil*. 2011;33(21-22):1979-89.

Toldra RC, Daldon MTB, Santos MC, Lancman S. Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador SP, Brasil. *Rev Bras Saúde Ocupacional*. 2010; 35(121):112-23.

Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(3):507-17.

Vieira GS, Glina DMR, Pustiglione M, Rocha LE, Costa-Black, K.M. Programa de retorno ao trabalho em um hospital de São Paulo: resultados iniciais, fatores facilitadores e obstáculos de uma perspectiva administrativa. *Rev Bras Med Trab*. 2010. 8(2):105-14.

Weiss RS. *Learning from strangers: the art and method of qualitative interview studies* [e-book] 1995 [cited 2015 jul 20]. Available from: www.simonandschuster.com.

Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2005.

Young AE, Wasiak R, Roessler RT, McPherson KM, Anema JR, van Poppel MNM. Return-to-work outcomes following work disability: Stakeholder motivations, interests and concerns. *J Occup Rehabil*. 2005a;15(4):543-56.

Young AE, Roessler RT, Wasiak R, McPherson KM, van Poppel MNM, Anema JR. A developmental conceptualization of return to work. *J Occup Rehabil*. 2005b;15(4):557-68.