

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENGENHARIA
MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM ENGENHARIA**

**AVALIAÇÃO DE UM MODELO DE ATENDIMENTO À SAÚDE DO
TRABALHADOR EM UMA EMPRESA DO RAMO MOVELEIRO
PÓS-AFASTAMENTOS TEMPORÁRIOS**

LUCIANA CARCUCHINSKI DA SILVA

Porto Alegre

2004

LUCIANA CARCUCHINSKI DA SILVA

**AVALIAÇÃO DE UM MODELO DE ATENDIMENTO À SAÚDE DO
TRABALHADOR EM UMA EMPRESA DO RAMO MOVELEIRO
PÓS-AFASTAMENTOS TEMPORÁRIOS**

Trabalho de Conclusão do Curso de Mestrado
Profissionalizante em Engenharia como
requisito parcial à obtenção do título de Mestre
em Engenharia – modalidade Profissionalizante
– Ênfase em Ergonomia

Orientador: Prof. Dr. Fernando Gonçalves Amaral

Porto Alegre

2004

Este Trabalho de Conclusão foi analisado e julgado adequado para a obtenção do título de Mestre em Engenharia e aprovado em sua forma final pelo Orientador e pelo Coordenador do Mestrado Profissionalizante em Engenharia, Escola de Engenharia - Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Prof. Fernando Gonçalves Amaral, Dr.
Orientador Escola de Engenharia/UFRGS

Profa. Helena Beatriz Bettella Cybis, Dra.
Coordenadora MP/Escola de Engenharia/UFRGS

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Álvaro Crespo Merlo
UFRGS

Profa. Dra. Liana Lautert
UFRGS

Profa. Dra. Thais de Lima Resende
UNISINOS

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Professor Fernando Gonçalves Amaral, por sua dedicação com todos os seus orientandos, sempre apresentando uma palavra de incentivo, mesmo nos momentos mais desanimadores.

A ergonomista e fisioterapeuta Jacinta, uma entusiasta da ergonomia e da pesquisa, que possibilitou a realização deste trabalho.

Também quero agradecer a toda minha família, sempre disponível a ficar com o pequeno e animadinho Pedro (que acompanhou o início do mestrado na barriga da mamãe). Finalmente, e em especial, ao meu marido Edegar, um companheiro, e minha mãe, Luzia, que sempre incentivou meu crescimento profissional.

Obrigada.

RESUMO

Esta pesquisa trata da análise de um modelo de atendimento à saúde do trabalhador realizado em uma empresa produtora de móveis de madeira, para trabalhadores que sofreram acidentes ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho. O atendimento visa a manutenção ou retorno precoce do funcionário ao ambiente produtivo, colaborando para sua recuperação funcional e minimizando custos para o próprio funcionário e para a empresa. As avaliações foram feitas com base em entrevistas semi-estruturadas, realizadas com os profissionais responsáveis pela promoção da saúde e segurança na empresa e em visita a dois setores com o maior número de afastamentos ao trabalho. Os dados coletados foram comparados com os modelos propostos na literatura. Com base no modelo resultante foram propostas sugestões para a aumentar a eficiência do modelo, entre elas: formalização do programa de retorno ao trabalho, aumento do envolvimento da equipe de saúde e segurança do trabalho com o programa, realizar a pré-identificação de processos e postos de trabalho, registrar o acompanhamento do funcionário e divulgar o programa dentro da empresa.

Palavras-chave: Programas de Retorno ao Trabalho; DORT; Acidentes de Trabalho.

ABSTRACT

This research analysed the return to work care performed in a furniture company for workers who had suffered accidents or Work Related Trauma Disorders. The careful aims the maintenance or precece return of the worker to the productive environment, helping his functional recovering and minimizing costs for the worker himself and for the company. The evaluations were based on semi-directed interviews made with professionals responsible for the company health and safety promotion and also on visiting two sections with the largest number of missing to the work. The colected data were compared to the models seen in literature. Based on the final model suggestions were made in order to increase the careful efficiency. Those suggestions include the program formalization, the increase of the health and safety staff involvement with the program, to make a pre-identification of work to processes and positions, to record the worker development and to release and spread the program inside the company.

Keywords: Return-to-work Programs; Work-related Musculoskeletal Disorders; Occupational accidents.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| LISTA DE FIGURAS..... | 9 |
| INTRODUÇÃO..... | 10 |
| 1.1 Apresentação do tema..... | 10 |
| 1.2 Objetivos..... | 12 |
| 1.2.1 Objetivo Geral..... | 12 |
| 1.2.2 Objetivos Específicos..... | 13 |
| 1.3 Justificativa..... | 13 |
| 1.4 Delimitação do estudo..... | 14 |
| 1.5 Estrutura do trabalho..... | 14 |
| REVISÃO BIBLIOGRÁFICA..... | 15 |
| 2.1 Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho..... | 15 |
| 2.1.1 Conceituação..... | 15 |
| 2.1.2 Terminologia..... | 16 |
| 2.1.3 Aspectos epidemiológicos..... | 16 |
| 2.1.4 Fatores de risco..... | 17 |
| 2.1.5 Diagnóstico..... | 21 |
| 2.1.6 Tratamento..... | 22 |
| 2.2 Acidentes de Trabalho..... | 23 |
| 2.2.1 Impacto social e econômico..... | 24 |
| 2.2.2. Teorias causais e estrutura dos acidentes..... | 24 |
| 2.2.3 Prevenção..... | 27 |
| 2.3 Retorno ao Trabalho..... | 29 |

| | |
|---|-----------|
| 2.3.1 Fatores que influenciam o Retorno ao Trabalho..... | 29 |
| 2.3.2 Estratégias dos Programas de Retorno ao Trabalho..... | 32 |
| 2.3.3 Profissionais que participam dos programas do retorno ao trabalho..... | 36 |
| 2.3.4 Resultados obtidos com os programas de retorno ao trabalho..... | 37 |
| 2.4 Modelos de Programas de Retorno ao Trabalho..... | 39 |
| 2.4.1 <i>Johns Hopkins Workers' Compensation Management System</i> | 39 |
| 2.4.2 <i>Workers Compensation Board of Nova Scotia</i> | 40 |
| 2.4.3 <i>Bureau Des Conseillers Des Employeurs</i> | 43 |
| 2.4.4 <i>GuideOne Center for Risk Management</i> | 44 |
| 2.4.5 <i>New York State Insurance Foundation</i> | 46 |
| 2.4.6 <i>Workers Compensation Board of British Columbia</i> | 49 |
| 2.5 Características dos Programas de Retorno ao Trabalho..... | 51 |
| 2.6 Considerações a Respeito da Revisão Bibliográfica..... | 57 |
| | |
| METODOLOGIA..... | 58 |
| 3.1 Análise da demanda..... | 60 |
| 3.2 Apreciação do modelo de atendimento à saúde do trabalhador pós-afastamento temporário..... | 61 |
| 3.3 Caracterização do modelo de atendimento à saúde do trabalhador pós-afastamento temporário..... | 61 |
| 3.4 Sugestão de um modelo de Programa de Retorno ao Trabalho..... | 62 |
| | |
| RESULTADOS..... | 63 |
| 4.1 Descrição da empresa alvo..... | 63 |
| 4.1.1 Promoção da saúde e segurança na empresa..... | 64 |
| 4.1.2 Riscos à saúde na empresa..... | 66 |
| 4.2 Resultados da análise da demanda..... | 68 |
| 4.3 Apreciação do modelo de atendimento à saúde do trabalhador pós-afastamento temporário..... | 70 |
| 4.3.1 Composição da equipe..... | 70 |
| 4.3.2 Comunicação e integração da equipe..... | 70 |
| 4.3.3 Funcionamento do modelo de atendimento à saúde do trabalhador pós-afastamento temporário..... | 71 |
| 4.3.4 Avaliação do modelo de atendimento e do trabalho da equipe de saúde e segurança.. | 75 |

| | |
|--|------------|
| 4.4 Caracterização do modelo de atendimento à saúde do trabalhador pós-afastamento temporário..... | 76 |
| 4.5 Sugestão de um modelo de Programa de Retorno ao Trabalho..... | 83 |
| CONCLUSÃO..... | 88 |
| 5.1 Considerações com relação aos resultados e ao PRT proposto..... | 88 |
| 5.2 Considerações para estudos futuros..... | 90 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 91 |
| APÊNDICES..... | 97 |
| ANEXOS..... | 106 |
| GLOSSÁRIO..... | 114 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 - Estrutura dos Acidentes (Fonte: adaptada de RAOUF, 1998)..... | 64 |
| Figura 2 – Quadro comparativo entre os Programas de Retorno ao Trabalho (Fonte: adaptado de CHANDLER, 2003)..... | 55 |
| Figura 3 – Quadro comparativo resumindo os componentes dos modelos de Programa de Retorno ao Trabalho das principais publicações..... | 57 |
| Figura 4 - Metodologia empregada no estudo dos programas de Retorno ao Trabalho. | 59 |
| Figura 5- Gráfico da distribuição das patologias e disfunções dos trabalhadores atendidos no setor de Fisioterapia no ano de 2003..... | 67 |
| Figura 6 - Gráfico da distribuição dos acidentes por setores..... | 67 |
| Figura 7: Partes atingidas nos acidentes dos setores de móveis de madeira e marcenaria.. | 68 |
| Figura 8 – Fluxograma de atendimento do trabalhador com sintomatologia..... | 72 |
| Figura 9 – Quadro comparativo entre a síntese dos modelos de PRT encontrados na literatura, os conceitos relacionados aos programas avançados, segundo CHANDLER (2003) e o modelo da empresa-foco..... | 77 |
| Figura 10 – Fluxograma do Programa de Retorno ao Trabalho proposto..... | 87 |

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação do tema

Os acidentes de trabalho e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) representam um ônus muito alto para nossa sociedade. Na maioria dos casos, estas ocorrências são o resultado da realização do trabalho em condições de risco, que podem ser prevenidas com a aplicação de princípios ergonômicos (AMELL et al., 2001).

O desenvolvimento de DORT decorre da interação entre diversos fatores de risco no contexto do trabalho, sejam eles biomecânicos, organizacionais, psicossociais, individuais, entre outros (PUNNETT et al., 2004; WALKER-BONE et al., 2003). O tratamento destes distúrbios é realizado de acordo com a patologia instalada e grau de evolução. O tratamento geralmente inicia com o afastamento do trabalho, concomitante a repouso e/ou imobilização, de acordo com a região afetada; também se faz uso de medicação e se inicia a reabilitação. Infelizmente, em muitos casos os trabalhadores permanecem muito tempo com os sintomas, antes de iniciar o tratamento, impossibilitando, assim, uma recuperação satisfatória (MERLO et al., 2001).

Os acidentes de trabalho também ocorrem na presença de uma ou quando existe a convergência de várias causas. São consideradas como causas imediatas os atos e condições inseguras, enquanto que as causas coadjuvantes relacionam-se à gestão da segurança pela empresa e condições mentais e físicas do funcionário. A interação destes fatores ocasiona danos físicos, desde lesões de menor importância, lesões incapacitantes e até mesmo a morte (RAOUF, 1998). Porém, segundo Binder e Almeida (2003), a difusão desta

concepção de atos e/ou condições inseguras colabora para a atribuição da culpa às próprias vítimas dos acidentes.

O impacto econômico destas ocorrências inclui custos humanos e financeiros para empresas e governo, pois, tanto os acidentes de trabalho quanto os DORT provocam situações de afastamento do trabalho, com repercussões psicossociais negativas (SATO, 2001).

Estas ocorrências geram custos diretos e indiretos para os empregadores. Os custos diretos, facilmente identificados, podem incluir despesas como tratamento médico, limpeza do local (em caso de acidente), danos em equipamentos, materiais e construção e benefícios previdenciários. A maioria dos custos, no entanto, são indiretos, como a perda da produtividade do funcionário e treinamento para sua substituição, troca de equipamentos ou transporte para reparação de danos, investigação do acidente, despesas legais possíveis, diminuição da produtividade pelas saídas para tratamento médico e revisões (BALDWIN, 2004; RIKHARDSSON, IMPGAARD, 2004; WCBNS, 1999).

Os acidentes de trabalho e DORT devem ser prevenidos com a promoção da saúde e segurança no trabalho, que deve ser parte integrante da cultura organizacional (HARRISSON et al., 2003). Mas após sua ocorrência, a melhor forma de administrá-los é através dos programas de retorno ao trabalho, que funcionam interligados aos demais programas da empresa (WCBNS, 1999).

Em países como Estados Unidos e Canadá, onde os programas de retorno ao trabalho possuem quase duas décadas de experiência, encontram-se resultados financeiros e humanos extremamente satisfatórios. Muitas organizações experimentam, após a implementação de seus programas, reduções significativas nos custos (de 25% a 50%) com indenizações, pagamento de benefícios e perda de dias após as lesões ocupacionais (CHANDLER, 2003).

Através do retorno precoce ao trabalho, mantendo o funcionário integrado e produtivo, se reduz a possibilidade de incapacidade permanente. O trabalho integrado com a reabilitação é um dos instrumentos para se conseguir a recuperação funcional (LINCOLN et al., 2002). Existem dados estatísticos que relacionam ausências do trabalho superiores há 180

dias com retorno ao trabalho regular em somente 10% dos casos (CHANDLER, 2003). Podem ser alcançados resultados com a diminuição de 62% da incapacidade total temporária e de 38% da incapacidade parcial permanente (GREEN-MCKENZIE et al., 1998).

No Brasil, entre os trabalhadores que sofrem de DORT, muitos ficam incapacitados para executar a atividade que desencadeou a doença, ou até mesmo qualquer outra atividade, nos casos mais graves. Pode ocorrer a cronificação das lesões, provocando a aposentadoria precoce (GIONGO, 2000). Por isso, as empresas deveriam permitir a seus funcionários a manifestação precoce dos sintomas, quando ainda não se instituiu como doença. Além disso, quando existe o diagnóstico e se inicia o tratamento de reabilitação, a empresa a qual o trabalhador está vinculado deveria facilitar sua reinserção, em uma função compatível com suas capacidades, mas isto nem sempre ocorre (SAMPAIO et al., 1999).

Esta dificuldade de retornar ao trabalho produtivo também ocorre com os trabalhadores que sofrem acidentes de trabalho, pois além das seqüelas físicas e psicológicas, ainda são obrigados a enfrentar o descaso, o afastamento. Para completar, a maioria dos acidentados tem entre vinte e quarenta anos, estando na fase mais produtiva de suas vidas (SAMPAIO et al., 1999).

O trabalho, de fundamental importância para a sociedade, pode ser responsável tanto pela geração de riqueza quanto de doenças (LIEDKE, 1997). Resultados indesejáveis do relacionamento entre o homem e o trabalho, os acidentes e lesões ocupacionais podem ser prevenidos em sua ocorrência ou terem seu impacto minimizado através de ações ergonômicas. Através da adaptação do ambiente, processos e organização do trabalho, é possível ajustar o trabalho às capacidades e limitações humanas (IIDA, 1990).

1.2 Objetivos

Os objetivos que norteiam este estudo são:

1.2.1 Objetivo Geral

Este trabalho visa de maneira geral contribuir para a melhoria de programas de retorno ao trabalho após acidentes e lesões ocupacionais.

1.2.2 Objetivos Específicos:

- Levantar os problemas de saúde e segurança de uma empresa do ramo de móveis de madeira.
- Analisar e avaliar o modelo de atendimento à saúde do trabalhador pós-afastamento temporário.
- Indicar, com base nos modelos teóricos existentes, melhorias para aumentar a eficiência deste programa, sugerindo um modelo para o caso analisado.

1.3 Justificativa

As lesões e acidentes no ambiente de trabalho continuamente aumentam as perdas financeiras de empresas e trabalhadores acometidos. Nos EUA, o aumento no pagamento de benefícios por incapacidade temporária e permanente criou a necessidade de estudar tanto os custos relacionados como medidas de controle e prevenção (USGAO, 1996). Segundo um estudo do *Integrated Benefits Institute* (IBI), as perdas do sistema de compensação americano alcançam 50 bilhões de dólares por ano.

Segundo Chandler (2003), o ônus total da incapacidade soma 28% de custos diretos, como despesas médicas e pagamento de direitos e benefícios, enquanto 72% representam custos indiretos. Estes incluem perdas na produção, custos com recolocação do trabalhador, treinamento, tempo de gerenciamento e administração gastos com a ausência do empregado.

Embora a prevenção dos acidentes de trabalho e doenças osteomusculares seja o melhor caminho para reduzir o custo, financeiro e humano, um programa de retorno ao trabalho efetivo é o melhor caminho para administrá-los após sua ocorrência (LINCOLN et al., 2002; WCBNS, 1999).

Uma pesquisa recente da *IntraCorp*, citada por Chandler (2003), indica que empregados que estão satisfeitos com a resposta de seus empregadores as suas lesões, retornam ao trabalho 50% mais rapidamente. Estas organizações, que providenciam programas e informações aos seus empregados reduzem a insegurança de seus funcionários e

aumentam de forma marcante seus níveis de satisfação. Muitas organizações apresentam reduções significativas (de 25% a 50%) nas indenizações por acidentes de trabalho e lesões ocupacionais e no absenteísmo após a implementação de programas de retorno ao trabalho,.

Assim, um programa de retorno ao trabalho bem planejado é o primeiro passo para ajudar os trabalhadores a retornar o mais breve possível ao trabalho. Isto é de suma importância, uma vez que as pesquisas e a experiência demonstraram que trabalhadores ausentes do local de trabalho apresentam somente 50% de chance de retornar ao trabalho após seis meses de ausência. Este índice diminui para 25% depois de um ano e, finalmente, reduz para 1% de chance, após dois anos de ausência (WCBNS, 1999).

É imprescindível então a integração de programas de retorno ao trabalho aos programas de prevenção de acidentes e lesões ocupacionais, pois promovem a saúde, conforto e produtividade do funcionário, reduzindo a incapacidade (STOCK et al., 1999).

1.4 Delimitação do estudo

Este trabalho abrange a análise de um modelo de atendimento à saúde do trabalhador pós-afastamento temporário, que facilite seu retorno ao trabalho, realizado em uma empresa do ramo moveleiro. Portanto, não faz parte deste trabalho a implementação das mudanças recomendadas. Para tal, se faz necessária uma ampla discussão com a equipe responsável pela saúde e segurança ocupacional e a diretoria da empresa.

1.5 Estrutura do trabalho

Este trabalho de conclusão está estruturado em cinco capítulos. Após esta introdução, o capítulo dois compreende a revisão bibliográfica dos DORT, onde se salientam os fatores de risco e tratamento; os acidentes de trabalho, sua estrutura e prevenção; e o retorno ao trabalho, nos fatores que influenciam, suas estratégias, resultados e modelos de programas. Já o capítulo três descreve a metodologia que permite avaliar o modelo de atendimento à saúde do trabalhador pós-afastamento temporário. O capítulo quatro compreende os resultados, analisando através das entrevistas sobre o atendimento realizado na empresa, fazendo-se a sugestão de um novo modelo. Finalizando, no capítulo cinco, são apresentadas as conclusões desta pesquisa.

CAPÍTULO 2 – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho

2.1.1 Conceituação

Os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) ou Lesões por Esforços Repetitivos (LER) são um sério problema de saúde pública em todo mundo, principalmente nos países industrializados (INSS, 2003; COURY et al., 1997).

O termo DORT/LER não é um diagnóstico, mas um conjunto de distúrbios que se desenvolvem principalmente como resultado de movimentos repetitivos, manutenção de posturas inadequadas e uso de força excessiva (YASSI, 1997). Pode ser definida como uma síndrome relacionada ao trabalho, onde existem anormalidades nos tecidos moles, ossos e articulações de membros superiores, inferiores e coluna vertebral (APTEL et al., 2002).

Esta síndrome caracteriza-se pela ocorrência de vários sintomas, que podem se apresentar simultaneamente. São sintomas como dor, parestesia, sensação de peso e fadiga. Estão incluídas neuropatias compressivas, tendinites e tenossinovites, entre outros. As neuropatias compressivas incluem diversas síndromes: desfiladeiro torácico, supinador, pronador redondo, interósseo anterior, túnel do carpo, canal cubital, canal de Guyon e interósseo posterior e lesão do nervo poplíteo lateral. O grupo das tendinites e tenossinovites compreende a doença de De Quervain, dedo em gatilho, epicondilite lateral, epitrocleite, tendinite bicipital e distal do bíceps, tendinite do supra-espinhoso, tenossinovite dos extensores ou flexores dos dedos, do carpo e do braquiorradial. Também podem estar presentes patologias como: cistos sinoviais, distrofia simpático reflexa, bursites (mão,

olécrano, joelho, etc.), contratura de Dupuytren, artroses, síndrome cervicobraquial, dorsalgia, lombociatalgia e síndrome de Raynaud (INSS, 2003).

Estas moléstias provocam muitas vezes um importante quadro álgico, que pode levar a incapacidade laboral temporária ou permanente (BONTOUX et al., 2004).

2.1.2 Terminologia

Os distúrbios osteomusculares crônicos relacionados ao trabalho são denominados de formas distintas em diferentes países. No Canadá são denominados *Repetitive Strain Injuries* (RSI), na Austrália são conhecidos como *Occupational Overuse Syndrome* (OOS), como *Occupational Cervicobrachial Disorders* (OCD) no Japão e Suécia e como *Cumulative Trauma Disorders* (CTD), *Work-related Musculoskeletal Disorders* (WRMD) ou *Work-related Upper-Extremity Disorders* (WRUED) nos Estados Unidos e Canadá, entre outros (KONIJNENBERG et al., 2001; YASSI, 1997). A denominação mais utilizada internacionalmente é *Work-related Musculoskeletal Disorders* (WRMD) (ASSUNÇÃO, ALMEIDA, 2003).

No Brasil, a terminologia DORT é a mais utilizada, seguida dos termos Lesões por Esforços Repetitivos (LER), Lesões por Traumas Cumulativos (LTC), Doença Cervicobraquial Ocupacional (DCO) e Síndrome de Sobrecarga Ocupacional (SSO), para evitar que na própria denominação já se apontem causas definidas (como por exemplo: "cumulativo" nas LTC e "repetitivo" nas LER) e ainda, os efeitos (como por exemplo: "lesões" nas LTC e LER) (INSS, 2003).

2.1.3 Aspectos epidemiológicos

A alta prevalência dos DORT /LER tem sido explicada por transformações do trabalho e das empresas. Estas têm se caracterizado pelo estabelecimento de metas e produtividade, considerando apenas suas necessidades, particularmente a qualidade dos produtos e serviços e competitividade de mercado, sem levar em conta os trabalhadores e seus limites físicos e psicossociais (INSS, 2003).

Nesse contexto, a exigência de adaptação dos trabalhadores às características organizacionais, desrespeitando sua individualidade, é responsável pela redução da saúde nas

empresas. Herança do Taylorismo, a organização do trabalho geralmente divide a concepção da execução, para conseguir a máxima produtividade possível (MERLO, 2000). Esta intensificação do trabalho e padronização dos procedimentos não permite a flexibilidade e criatividade no trabalho. Diversos outros fatores também colaboram para o desconforto no trabalho, como a impossibilidade de realizar pausas espontâneas, manutenção de posições estáticas por longos períodos, exigências cognitivas e de atenção. Além disso, muitas vezes o trabalho é realizado em local com mobiliário, equipamentos e ferramentas inadequadas e desconfortáveis (INSS, 2003).

Vários países viveram epidemias de LER/DORT, entre eles: Inglaterra, Países Escandinavos, Japão, Estados Unidos, Austrália e Brasil. Esta ocorrência em diversos países ajudou a mudar o conceito tradicional de que o trabalho pesado, que envolve esforço físico, é mais desgastante que o trabalho leve, que faz uma sobrecarga dos membros superiores e esforço mental (INSS, 2003).

Nos EUA, as perdas do sistema de compensação (*Workers' Compensation System*) alcançam 50 bilhões de dólares por ano. Um estudo da *Integrated Benefits Institute* (IBI) afirma que a perda direta, incluindo tempo perdido com pagamentos, médicos, direitos e benefícios, inclui somente 28% do custo total da incapacidade. Sobram 72% que representam custos indiretos. Estes últimos custos incluem perdas na produção, custos com recolocação do funcionário, treinamento, tempo de gerenciamento e administração gastos com a ausência do trabalhador (CHANDLER, 2003).

A ausência do funcionário produz também um impacto para os colegas, produtos e serviços das empresas. Assim, as organizações estão começando a reexaminar os seus esforços no controle dos custos relacionados com a incapacidade. A iniciativa mais eficiente para o empregador realizar o controle das perdas é a realização de um programa de retorno ao trabalho (CHANDLER, 2003).

2.1.4 Fatores de Risco

De acordo com o INSS (2003), o desenvolvimento das LER/DORT é multicausal, sendo importante analisar os fatores de risco envolvidos direta ou indiretamente. Na prática, há a interação destes nos locais de trabalho.

Para analisar a exposição aos fatores de risco, alguns elementos são importantes, como: a região anatômica exposta a estes fatores, a intensidade, frequência e duração da exposição (INSS, 2003; APTEL et al., 2002). Também se deve avaliar a organização temporal da atividade, que inclui a duração do ciclo de trabalho, a distribuição das pausas ou a estrutura de horários e o tempo de exposição aos fatores de risco (PUNNETT et al., 2004; INSS, 2003; YASSI, 1997).

Os tipos de fatores de risco dos DORT podem ser agrupados e nomeados de diferentes formas (PUNNETT et al., 2004; MALCHAIRE et al., 2001).

Entre os fatores biomecânicos pode-se destacar o uso repetitivo de um grupo muscular, a sobrecarga de um grupo muscular específico, a necessidade de manter o mesmo gesto profissional durante toda a jornada de trabalho e a manutenção de postura inadequada (FROST et al., 2002; PUNNETT et al., 2004). Também a existência de compressão mecânica de determinado segmento corporal, por equipamentos, mobiliários, contato físico de cantos vivos ou pontiagudos e de objetos ou ferramentas com tecidos moles do corpo e trajetos nervosos podem levar aos DORT (WALKER-BONE et al., 2003; INSS, 2003; APTEL et al., 2002).

Além disso, o uso de equipamentos que produzam vibração pode gerar microtraumatismos, assim como o frio, que provoca vasoconstrição, dificultando a circulação sanguínea, predispondo aos DORT (WALKER-BONE et al., 2003; APTEL et al., 2002; YASSI, 1997).

Em relação à postura existem três mecanismos que podem causar as LER/DORT: os limites da amplitude articular; a força da gravidade oferecendo uma carga suplementar sobre as articulações e músculos; e ainda as lesões mecânicas sobre os diferentes tecidos (INSS, 2003).

A sobrecarga osteomuscular pode ser entendida como a carga mecânica, decorrente de: uma tensão (por exemplo, a tensão do bíceps); uma pressão (por exemplo, a pressão sobre o canal do carpo); uma fricção (por exemplo, a fricção de um tendão sobre a sua bainha) ou de uma irritação (por exemplo, a irritação de um nervo). Esta carga é influenciada

pela força, repetitividade, duração, tipo de preensão e posição do segmento corporal (INSS, 2003).

De acordo com Feuerstein et al. (2004), os fatores de risco psicossociais incluem diversos fatores não físicos, que afetam a saúde e capacidade de trabalho. Neles estão incluídos fatores sociais e culturais, psicológicos, características da personalidade, contexto do trabalho laboral e doméstico, entre outros. Em saúde ocupacional, estes fatores englobam satisfação no trabalho, estresse e apoio organizacional, de chefes e colegas.

Existem formas de trabalho cujas características de pouca variedade no conteúdo da atividade ou falta de controle e autonomia sobre o trabalho causam monotonia fisiológica e/ou psicológica. Em outros, a combinação entre uma grande demanda de trabalho com baixo controle provoca o estresse (BAKER et al., 2003; WALKER-BONE et al., 2003).

Segundo Baker et al. (2003) e INSS (2003), as exigências cognitivas também podem ter um papel no surgimento dos DORT, pelo aumento de tensão muscular ou por causar uma reação mais generalizada de estresse.

Os fatores psicossociais do trabalho são as percepções subjetivas que o trabalhador tem dos fatores de organização do trabalho. Como exemplo de fatores psicossociais pode-se citar: considerações relativas à carreira, à carga e ritmo de trabalho e ao ambiente social e técnico do trabalho. A "percepção" psicológica que o indivíduo tem das exigências do trabalho é o resultado das características físicas da carga, da personalidade do indivíduo, das experiências anteriores e da situação social do trabalho (INSS, 2003). A existência de relações hierárquicas difíceis ou a falta de ajuda ou apoio dos colegas também se constituem em fatores de risco (INSS, 2003, LECH et al., 1997; MACIEL, 1995).

Chaise et al. (2001) pesquisaram a interferência dos fatores sociais no retorno ao trabalho de indivíduos que realizaram cirurgia de síndrome do túnel do carpo. Os trabalhadores autônomos retornaram em 17 dias, servidores privados em 35 dias e funcionários públicos em 56 dias. Esta diferença significativa é atribuída às variações de cobertura social (saúde e previdência). Os funcionários públicos recebiam uma excelente cobertura, que retardava o retorno profissional. Inversamente, os trabalhadores autônomos, com amparo precário, estavam mais motivados para retornar ao trabalho.

A expectativa positiva por parte do funcionário lesionado em relação a sua recuperação, pode afetar seu prognóstico. De forma inversa, os resultados do trabalho de reabilitação podem ser afetados pela negatividade do paciente, que deve servir de alerta para a equipe de saúde, necessitando por vezes de intervenção psicológica (COLE et al., 2002). Além disso, vários fatores individuais são citados como fatores de risco, como gênero, saúde geral, história pregressa e tabagismo, entre outros (WALKER-BONE et al., 2003; MALCHAIRE et al., 2001).

Em relação ao sexo, existe uma incidência de lesões desta natureza duas vezes maior em mulheres. Os estudos relacionam esta predisposição ao fato de realizarem trabalho mais repetitivo e adicionar os afazeres domésticos, a chamada dupla jornada (MALCHAIRE et al., 2001).

A saúde geral e história médica pregressa associam-se particularmente com a ocorrência de algias crônicas (MALCHAIRE, 2001). A presença de traumatismos anteriores, como decorrência de função exercida anteriormente, pode aumentar a incidência dos DORT (WALKER-BONE et al., 2003).

Assim, o desenvolvimento dos Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho possui muitos fatores associados e disfunções decorrentes da interação dos diferentes fatores de risco; embora muitos deles sem um esclarecimento maior sobre sua contribuição (BARREIRA, 1994). No entanto, parece lógico que a probabilidade de incidência da lesão seja proporcional ao número dos fatores de risco envolvidos. Quanto maior o número dos fatores a que o trabalhador é submetido, maior a possibilidade de ocorrência de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LECH et al., 1997).

A diversidade dos fatores de risco exige então a adoção de várias medidas para sua prevenção. Hendrick (1996) apresentou algumas intervenções ergonômicas que colaboram para o aumento da saúde, segurança, conforto e resultam na redução significativa da ocorrência de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho. Em consequência, houve um aumento da produtividade da empresa, com importante redução dos custos de compensação. Estas empresas adotaram medidas como *redesign* dos postos de trabalho, realização de seminários de ergonomia, promovendo a informação e troca de experiências

entre os diversos profissionais da empresa, permitindo estabelecer uma cultura de colaboração e integração.

2.1.5 Diagnóstico

O diagnóstico dos DORT envolve a história ocupacional, exame físico e exclusão de fatores não ocupacionais. A história inclui o local acometido, duração, frequência e intensidade dos sintomas, bem como fatores que causam alívio ou agravamento. É necessária uma detalhada investigação da relação dos sintomas do paciente com seu trabalho. Saber quais funções ele realiza, se houveram alterações nas tarefas ou sobrecarga de trabalho. Pode existir uma variação grande entre o tempo de exposição aos fatores de risco até o aparecimento dos sintomas (YASSI, 1997).

Segundo a legislação previdenciária brasileira, a doença é considerada ocupacional desde que exista relação com o trabalho, mesmo que existam outros fatores concomitantes que não se relacionem à atividade laboral. Caso exista suspeita de que o fator não-ocupacional seja a causa do distúrbio, é necessário que tenha intensidade e frequência semelhante a dos fatores ocupacionais conhecidos. Também, o fato de haver o diagnóstico de patologia não-ocupacional, por si só, não descarta a existência concomitante de DORT. Por ser uma ocorrência multifatorial, é impossível afirmar com exatidão qual a influência de fatores laborais e não laborais (INSS, 2003).

As queixas mais comuns dos DORT incluem dor localizada, irradiada ou generalizada, desconforto, fadiga e sensação de peso. Os pacientes também referem a existência de sensação de formigamento e dormência, diminuição de força, presença de edema e enrijecimento muscular. Outros se queixam de choque, falta de firmeza nas mãos e sudorese excessiva. As queixas são encontradas de diversas formas, relacionando-se ao estágio evolutivo (INSS, 2003).

As fases de evolução dos DORT/LER podem ser classificadas de várias formas, geralmente divididas em três ou quatro etapas. Yassi (1997) classifica em três estágios. No primeiro, que pode persistir por semanas ou meses, mas ainda reversível, os sintomas como dor ou fadiga aparecem durante a realização de atividade. Não apresenta sinais físicos e não interfere no trabalho. No segundo estágio, os sintomas podem aparecer

rapidamente e ter uma longa duração. Pode apresentar sinais físicos, distúrbios no sono e afetar o trabalho. No último estágio, os sintomas persistem mesmo em repouso. Existe uma impossibilidade de realizar as tarefas cotidianas, podendo persistir durante meses ou anos. Nesta etapa apresenta um mau prognóstico.

O diagnóstico precoce, preciso e tratamento adequado são muito importantes para evitar a evolução da doença, sua cronificação e incapacidade permanente (ASSUNÇÃO, ALMEIDA, 2003; YASSI, 1997). Quanto mais precoce for a intervenção, melhores os resultados para funcionário e empresa (LEWIS et al., 2002).

2.1.6 Tratamento

O tratamento dos DORT depende da presença de quadro inflamatório ou degenerativo, se existem alterações na sensibilidade, motricidade, bem como presença de edema e se acompanha desequilíbrio psicológico, relacionado as condições do trabalho ou afastamento do trabalho (ASSUNÇÃO, ALMEIDA, 2003).

Os objetivos terapêuticos iniciais incluem o repouso das estruturas anatomicamente afetadas, redução dos espasmos, redução da inflamação e promoção de analgesia (YASSI, 1997). Com a regressão do quadro, deve-se perseguir o gradativo aumento da amplitude de movimento, aumentar a força muscular e resistência à fadiga, reeducar a função sensorial, melhorar a funcionalidade dos membros e proteger a função articular (ASSUNÇÃO, ALMEIDA, 2003). Também é necessário aumentar a capacidade física para o trabalho e modificar o ambiente do trabalho (KUORINKA et al., 1995).

Em casos específicos ou refratários ao tratamento conservador, muitas vezes se faz necessária uma intervenção cirúrgica. O retorno à atividade produtiva após cirurgias de lesões nervosas de membros superiores é facilitado pela intervenção e reabilitação precoce (BRUYNS et al., 2003).

Segundo Feuerstein et al. (1993), pode-se obter resultados superiores ao tratamento convencional em programa de reabilitação multidisciplinar. Concebeu um programa com ênfase para mudanças de atitude e comportamento saudáveis unidos a boas condições físicas, facilitando a transição entre a incapacidade e o trabalho produtivo. Os

pacientes participaram de um programa de condicionamento físico e exercícios de simulação do seu trabalho. As atividades relacionadas ao trabalho eram simuladas para aumentar a tolerância na realização das tarefas específicas. Foram providenciadas correções ergonômicas no posto de trabalho. Esta exposição gradual às tarefas e demandas do trabalho permitiram o aumento da tolerância ao esforço, diminuindo o medo de recidiva. Também receberam instruções em grupo de psicologia clínica, para gerenciamento do estresse e dor relacionada ao trabalho.

Embora existam várias evidências da eficácia do tratamento conservador para DORT/LER, de forma geral, as pesquisas ainda possuem baixa qualidade metodológica (KONIJNENBERG et al., 2001). O tipo de tratamento apresentado na literatura envolve fisioterapia, cinesioterapia, terapia comportamental, quiropraxia, acupuntura, intervenções ergonômicas e reabilitação multidisciplinar.

As dificuldades encontradas no tratamento dos Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, muitas vezes geram lesões crônicas que incapacitam permanentemente o trabalhador (BALDWIN, 2004). A gravidade do dano depende do tipo de lesão apresentada, de sua severidade, das características psico-comportamentais do paciente, da qualidade e precocidade do tratamento realizado.

Estas lesões, segundo Baldwin (2004) e Hashemi et al. (1998), são as maiores responsáveis pela incapacidade e perda de produtividade nos Estados Unidos e Canadá. O estudo dos custos gerados comprova uma situação onde o maior ônus decorre dos casos de incapacidade permanente, que representam o menor número de ocorrências. Assim, proporcionalmente, o menor número de casos representam os maiores custos.

2.2 Acidentes de Trabalho

Segundo Raouf (1998), os acidentes podem ser definidos como “imprevistos que causam lesões, morte, perda de produção e danos em bens e propriedades”. A legislação brasileira vigente, no Decreto nº 611 de 21-07-92, Artigo. 139 (MPAS, 2003), conceitua:

Acidente do Trabalho é aquele que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, ou ainda pelo exercício do trabalho dos segurados especiais, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou a redução da capacidade para o trabalho permanente ou temporária.

2.2.1 Impacto social e econômico

Os acidentes de trabalho causam um ônus para sociedade. Além de causar as suas vítimas tanta dor e sofrimento, ocasionam perdas materiais para os envolvidos, funcionário e empresa (ANDREONI, 1998).

O alto índice de acidentes de trabalho que ocorrem anualmente no Brasil, une-se o fato de que a maioria das vítimas incapacitadas tem menos de quarenta anos, estando em plena fase produtiva e reprodutiva. Segundo pesquisa de dados do Centro de Reabilitação Profissional de Belo Horizonte (SAMPAIO et al., 1999), 44% dos acidentes ocorreram entre trabalhadores com menos de seis meses de experiência na função. Este dado reflete a associação entre experiência e acidentalidade, assim como existe a diminuição dos acidentes na medida em que aumenta o tempo de permanência no emprego.

Rikhardsson et al. (2004) analisam os custos dos acidentes em nove empresas dinamarquesas. O maior percentual financeiro foi utilizado em custos com absenteísmo do funcionário acidentado (65%), seguido de perturbação da operação (14%). As despesas com absenteísmo incluem os pagamentos com atendimento médico e custos da reabilitação. Os custos relativos à perda na produção dependem da importância do funcionário que foi lesionado, da possibilidade de sua substituição e do tempo necessário para a recolocação deste funcionário lesionado, entre outros.

2.2.2 Teorias causais e estrutura dos acidentes

Segundo Raouf (1998), para que se possa fazer a prevenção de acidentes é importante que se compreendam suas causas. Ao longo dos anos, várias teorias foram elaboradas procurando explicá-los, mais nenhuma conta com aceitação unânime. Entre estas teorias tradicionais, estão a teoria do efeito dominó e da causalidade múltipla, que serão descritas adiante.

A teoria do efeito dominó foi apresentada há muito tempo por Heinrich, no ano de 1931, segundo a qual afirma que a maioria dos acidentes é resultado de atos humanos perigosos. O autor propôs a existência de cinco eventos que atuam em seqüência, como um dominó, onde a retirada de uma peça, ou seja, de um evento, evitaria a ocorrência do próximo. Segundo este autor, os eventos seriam o contexto social e hereditariedade, falha do

trabalhador, ato inseguro ou exposição a risco, acidente ou lesão. Esta teoria serviu de base para outras (RAOUF, 1998).

A teoria de causalidade múltipla afirma que para cada acidente podem existir muitas causas e fatores envolvidos. Os fatores que podem levar aos acidentes seriam comportamentais, com atitude incorreta por falta de informação ou condição mental e física imprópria; e ambientais, como falta de proteção individual ou coletiva. Defende que os acidentes, em sua maioria, não são resultado de uma única ação incorreta (RAOUF, 1998).

Método de árvore de causas, realiza uma investigação retrospectiva do acidente à partir da lesão. Utiliza os conceitos de atividade realizada pelo trabalhador e variações ocorridas em relação ao seu desenvolvimento habitual. Permite identificar a rede de fatores envolvidos na origem do acidente, desde os mais visíveis a fatores antigos e não documentados que possam ter colaborado para sua ocorrência (BINDER e ALMEIDA, 2003).

Segundo Feyer (1998), tradicionalmente os fatores humanos são considerados entre as principais causas de acidentes. Os modelos mais recentes ampliaram o papel destes fatores, juntando outros elementos circunstanciais no contexto do acidente. Assim, existe um conjunto de erros nos acontecimentos que se relacionam a fatores pré-existentes, levando ao acidente.

Para Harrisson et al. (2003), quando se analisam os acidentes de trabalho, verifica-se que a maioria tem como fator causal direto à interface do trabalhador com equipamento, máquina ou ferramenta. Em muitos casos, embora estes elementos materiais estejam envolvidos, as principais causas se relacionam às condições de trabalho. Assim, é necessário analisar a organização, o método e os procedimentos usados no trabalho.

O gerenciamento da segurança no trabalho deve fazer a identificação, avaliação e controle dos fatores de risco a que estão expostos os funcionários, o ambiente e a produção, no intuito de adotar medidas para reduzir sua exposição a estes fatores (AMELL et al., 2001).

Para facilitar a compreensão dos fatores envolvidos com a estrutura dos acidentes, Raouf (1998) propôs um esquema, apresentado à seguir, de forma adaptada:

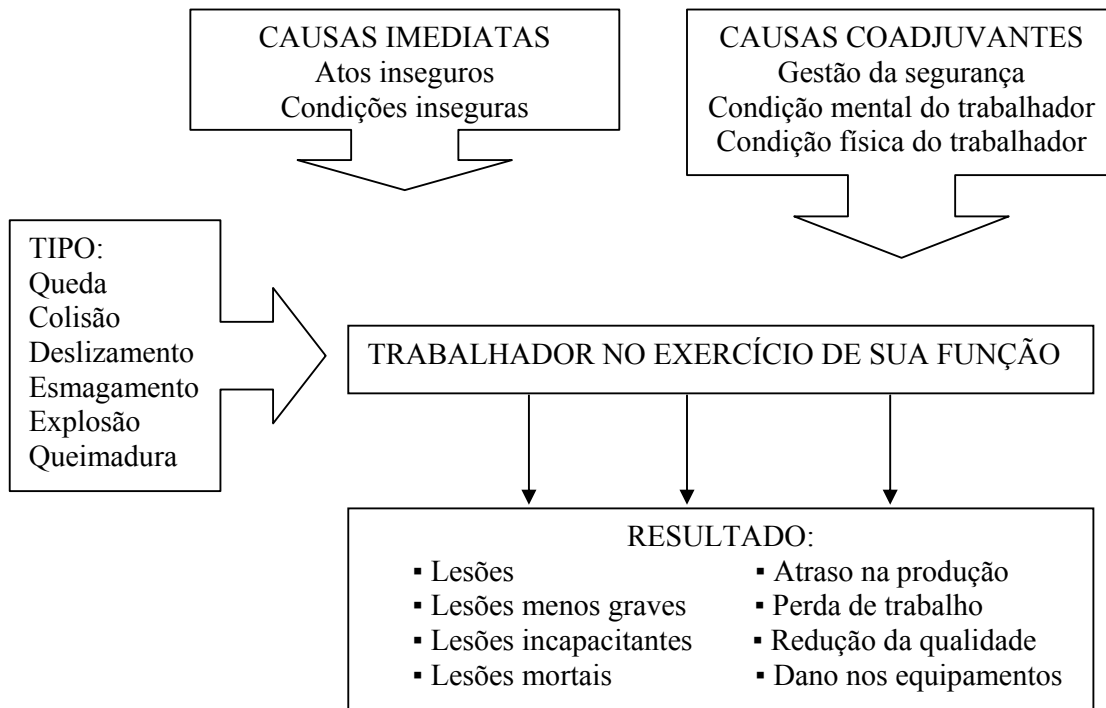


Figura 1: Estrutura dos acidentes.
 Fonte: Adaptado de RAOUF (1998).

Os acidentes ocorrem quando existe a convergência de várias causas. As causas imediatas estão relacionadas tanto aos atos quanto à existência de condições inseguras. São considerados como atos inseguros os que ocorrem em situações como a não utilização da proteção individual, mesmo quando existentes e disponíveis; manuseio inadequado de objetos, cargas ou ferramentas; uso de ferramentas e utensílios inapropriados, mesmo dispondo de instrumentos próprios e realização de movimentos perigosos, como correr, pisar, subir, etc. (RAOUF, 1998).

As condições inseguras incluem a falta de dispositivos de segurança, ou mesmo a presença de dispositivos ineficazes, áreas de manutenção perigosas, como empilhamento de materiais, espaços congestionados, etc. Também é considerado perigoso o uso de equipamentos, ferramentas ou máquinas defeituosas; uso de indumentária inadequada para a função realizada, iluminação e ventilação insuficientes, entre outros fatores ambientais (RAOUF, 1998).

Como causas coadjuvantes pode-se relacionar a execução da gestão da segurança e condições mentais e físicas do trabalhador. A gestão da segurança pode realizar instruções inadequadas; descumprimento de normas de segurança; perigos não corrigidos e ausência de dispositivos de segurança. Também existem casos onde a segurança não faz parte do planejamento do posto de trabalho e é um assunto pouco lembrado e discutido (RAOUF, 1998).

As condições mentais e físicas do trabalhador também são consideradas. Estas condições devem estar sempre relacionadas ao tipo de trabalho que é realizado. As condições mentais incluem fatores cognitivos, como falta de atenção, reação mental lenta, e emocionais, como nervosismo, temperamento, instabilidade emocional e falta de sensibilização em relação à segurança. Como condições físicas que podem predispor aos acidentes, relaciona-se a execução do trabalho por funcionário com fadiga extrema, surdez, deficiência visual, falta de qualificação física para a função, ou outras deficiências, quando não existe adaptação adequada (RAOUF, 1998).

2.2.3 Prevenção

A prevenção dos acidentes e lesões ocupacionais relaciona-se com o gerenciamento dos fatores de risco existentes no ambiente de trabalho. Logo, a promoção da saúde e segurança no trabalho deve fazer parte da cultura organizacional. Assim como os outros processos desenvolvidos na empresa, a gestão da segurança é uma responsabilidade da direção, que deve estabelecer seus objetivos, prover os recursos e estabelecer um programa com avaliação constante, para possibilitar a correção de suas falhas (HARRISSON et al., 2003; SIMARD, 1998).

O conhecimento dos fatores causais e de risco possibilita a elaboração de estratégias de prevenção de acidentes. É necessário fazer uma diminuição dos riscos e interromper a cadeia causal dos acidentes (LINN et al., 1998).

A investigação da segurança no ambiente de trabalho fornece informações acerca dos riscos, sinalizando as medidas preventivas necessárias. Geralmente, a prevenção e redução dos riscos de lesões ocupacionais ou acidentes incluem medidas como a utilização de dispositivos de proteção de equipamentos, máquinas e uso de ferramentas com desenho

ergonômico. Também existem medidas de informação e formação dos funcionários, além do uso de proteção individual, faz-se necessária a integração de diversos profissionais para o desenvolvimento de estratégias eficazes (LINN et al., 1998).

A importância da segurança no trabalho consiste na identificação, planejamento e desenvolvimento de medidas de controle técnico integradas no ambiente de trabalho, respeitando suas particularidades. Segundo Linn et al. (1998), existem três tipos de estratégias preventivas: as que estão relacionadas à informação e educação do funcionário, as que impõem regras a serem cumpridas e as que oferecem proteção automática. Estas últimas são consideradas as mais eficazes, pois proporcionam uma proteção que independe do comportamento do funcionário.

Chanlat (1996) afirma que, em sua maioria, os modos de gestão da saúde e segurança no trabalho geralmente enfatizam mais a segurança, em suas causas mecânicas, que nos fatores psicossociais ou organizacionais que poderiam estar envolvidos. A importância desses fatores torna-se clara quando, por exemplo, a análise mais detalhada dos grandes acidentes industriais constata que, além de deficiências técnicas, ocultam-se problemas de natureza organizacional.

Esta opinião também é defendida por Harrison et al. (2003), assegurando que as medidas adotadas para incrementar a saúde e segurança nas empresas relacionam-se, particularmente, a melhorias de ferramentas e equipamentos. Segundo este autor, entre os fatores frequentemente mencionados como causas de acidentes estão fatores como a diminuição da atenção ou concentração; falta de treinamento; estresse pessoal; trabalho repetitivo; alto ritmo de trabalho e fadiga.

Uma forma de interferir positivamente nos fatores organizacionais, promovendo a saúde e segurança no trabalho, pode ser a introdução de equipes multifuncionais (HARRISSON et al., 2003; CHANLAT, 1996). Estas equipes, através da sua estruturação, promovem a valorização, aprimoramento e autonomia de seus integrantes, que podem gerenciar o ritmo e alternância de funções, fatores considerados importantes na redução de lesões músculo-esqueléticas e acidentes de trabalho.

2.3 Retorno ao Trabalho

Os acidentes e as doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho são responsáveis por períodos relativamente longos de incapacidade laboral e custos significativos. A prevalência e o impacto destas condições causou o interesse em desenvolver intervenções curativas e preventivas, bem como a facilitação do retorno ao trabalho após a ocorrência de lesões (LINCOLN et al., 2002).

Embora a prevenção das lesões e acidentes de trabalho seja o melhor caminho para reduzir os custos financeiros e humanos, um efetivo programa de retorno ao trabalho é o melhor caminho para administrá-los após a sua ocorrência (WCBNS, 1999).

2.3.1 Fatores que influenciam o Retorno ao Trabalho

2.3.1.1 Fatores Psicossociais

O diagnóstico precoce e a realização de tratamento adequado por parte da equipe de saúde constituem o início de uma boa recuperação, assim como o apoio e compreensão da família, colegas e amigos. O retorno pode ser dificultado se o indivíduo apresentar distúrbios emocionais, como estresse, ou sociais, como dificuldades financeiras ou problemas com álcool ou drogas (WSIB, 2000).

Pesquisando a experiência dos trabalhadores adoecidos em sua trajetória de retorno ao trabalho, depois do afastamento por lombalgia ocupacional, Strunin et al. (2000) encontraram dados que indicam que trabalhadores negros, hispânicos e mulheres apresentaram maior dificuldade em retornar ao trabalho atual ou outro. Estes dados sugerem que as diferenças raciais, étnicas e sexuais podem ser mais uma causa de discriminação, além da própria doença. Segundo o autor, muitas pessoas escolheram deixar o emprego por se considerarem incapazes para o trabalho ou por recidiva. Para outros o adoecimento e suas conseqüências ocasionaram uma reavaliação de suas vidas, como retornar aos estudos, ficar em casa com os familiares, mudar de endereço ou parar de trabalhar. Mas, a grande maioria retornou ao trabalho que realizava na época da lesão.

Baril et al. (2003) compilaram dados que possibilitam traçar um perfil individual que facilitaria o retorno ao trabalho após o afastamento. As características

individuais mais presentes nos casos de sucesso incluem funcionários do sexo feminino, com idade entre 30 a 39 anos, apresentando patologias de natureza inflamatória em membros superiores e ombros.

Em outra pesquisa, os mesmos autores (BARIL et al., 2003) encontraram fatores psicossociais que influenciam o processo de retorno ao trabalho. Segundo os pesquisados; supervisores, colegas, equipe de saúde, advogados e familiares dos lesionados; as crenças e expectativas dos trabalhadores e suas atitudes frente à doença, recuperação e trabalho influenciam seu prognóstico.

O nível de instrução é considerado um fator de proteção contra as faltas ao trabalho após a ocorrência de lesões. Trabalhadores burocráticos, de escritório, apresentam uma expectativa maior de retornar ao trabalho produtivo que os trabalhadores manuais (BRUYNS et al., 2003)

O envolvimento do trabalhador no seu plano de retorno ao trabalho, participando de forma consciente, pode ser essencial no processo de reinserção laboral. O acompanhamento dos trabalhadores reinseridos permitiu verificar alguns fatores individuais que podem dificultar ou impedir o retorno ao trabalho, como a presença de dor, medo de recidiva, inatividade prolongada e ansiedade para a recuperação (WCBNS, 1999).

2.3.1.2 Fatores Organizacionais e Cultura das Empresas

Segundo Chandler (2003), nos EUA, até 1985, a resposta prevalente do retorno ao trabalho nas organizações era primariamente a cultura de que o homem doente não é homem. Empregadores não ofereciam trabalhos temporários, leves ou modificados durante a fase de recuperação. Muitas organizações tinham políticas contra o retorno ao trabalho a menos que o funcionário estivesse 100% reabilitado, liberado para o trabalho total.

Passados quinze anos daquela data, a cultura mudou de forma significativa em relação aos Programas de Retorno ao Trabalho, surgindo vários modelos de programas. A cultura anterior foi substituída pelo conhecimento de que o retorno ao trabalho é uma boa estratégia para reduzir os custos com o sistema de compensação, intimidando abusos e obtendo produtividade no trabalho durante o período de reabilitação. Muitas organizações

estão desenvolvendo programas de gerenciamento integrado da incapacidade, com o intuito de reduzir as ausências e custos (CHANDLER, 2003).

Segundo *Workplace Safety and Insurance Board* (2000), alguns fatores que podem dificultar a reinserção estão relacionados à dificuldade do empregador de providenciar a adaptação do trabalho.

O conteúdo do trabalho pode apresentar demanda física e mental inadequada, ser muito monótono ou não possibilitar a autonomia do trabalhador. As tarefas utilizadas no retorno ao trabalho devem ter significado, escolhidas em função das capacidades atuais do funcionário. Estas tarefas devem ter impacto direto na produtividade da empresa, caso contrário, o funcionário se sentirá inferiorizado e assim será visto por seus colegas, desacreditando o programa (BARIL et al., 2003).

Segundo Strunin et al. (2000), em pesquisa sobre a experiência dos trabalhadores afastados por lombalgia, as empresas geralmente apresentam, tipicamente, três variações de comportamento: receptivo, indiferente ou demissionário. Em alguns casos, o funcionário é demitido assim que retorna do afastamento, com a justificativa de não estar mais habilitado ao trabalho, mesmo que não tenha ocorrido nenhuma tentativa de adaptação. Outras empresas demonstram indiferença, não propiciando assistência nem impedindo a transição de volta ao trabalho. Assim, não proporcionam acomodações ou ajustes que poderiam facilitar o retorno satisfatório do funcionário. O comportamento mais recorrente foi o receptivo, onde o empregador deseja o retorno do funcionário e providencia o desenvolvimento do trabalho com mais facilidade, seja com a promoção de mudanças no ambiente de trabalho, diminuição de horas ou mudança para função mais leve. Alguns trabalhadores referiram que o trabalho mais leve foi oferecido somente por um período insuficiente para sua recuperação, apesar do discurso receptivo do empregador.

Uma boa recepção proporciona ao funcionário uma sensação de valorização por parte dos empregadores. Também permite ao trabalhador executar sua função, verificando, *in loco*, se existem limitações ou se está apto para retornar ao trabalho anterior. Encontrar uma nova ocupação ou emprego aumenta o tempo fora do trabalho e ocasiona uma perda de investimento na habilidade adquirida para a função (STRUNIN et al., 2000).

Alguns fatores da cultura organizacional podem sabotar o programa de retorno ao trabalho, como a desinformação em relação aos reais custos da incapacidade, desconfiança na trajetória dos trabalhadores lesionados, falha na comunicação com o empregado, a presença de um clima negativo ou fatores de estresse no local de trabalho (WCBNS, 1999).

Segundo Baril et al. (2003) os trabalhadores foram melhores aceitos nos programas pelos demais envolvidos quando as empresas demonstraram genuíno interesse em seu bem estar, como em empresas que já possuíam programa de prevenção de doenças e realizavam melhorias ergonômicas em seus postos de trabalho.

O contato social no trabalho também foi visto como motivador, especialmente se o trabalhador era respeitado por seus supervisores e colegas de trabalho (BARIL et al., 2003). O gerenciamento de estilo participativo e organização do trabalho envolvendo grupos de trabalho também parece facilitar a cooperação necessária para a reintegração dos trabalhadores adoecidos, assim como o respeito, por parte dos supervisores, das restrições identificadas pela equipe de reabilitação.

Muitas vezes, a presença de um colega adoecido pode causar sobrecarga temporária de trabalho, o que pode gerar indignação entre os colegas, fazendo com que não recebam ajuda dos mesmos para tarefas que agora está impossibilitado de realizar. Existem casos onde a rotação de tarefas ou realização de tarefas mais leves, antes reservadas aos trabalhadores mais antigos na empresa, pode gerar ressentimento. Estes conflitos podem ser evitados em empresas que estão divididas em times ou células, onde o grupo se reorganiza para aproveitar de forma adequada o funcionário adoecido (FEUERSTEIN et al., 2003).

2.3.2 Estratégias dos Programas de Retorno ao Trabalho

2.3.2.1 Comunicação, participação e integração

Existem muitas pessoas e fatores envolvidos no processo de retorno ao trabalho. É necessário que se estabeleça um clima de colaboração e comunicação entre os diversos participantes, desde supervisores, equipe de saúde e segurança ocupacional, até responsáveis pela reabilitação (ROBINSON et al., 1997).

No Brasil, a qualidade do atendimento de reabilitação depende da existência de planos de saúde na empresa. Em muitos casos, quando o funcionário sofre acidente ou lesão ocupacional, geralmente realiza sua reabilitação fora da empresa, recebendo atendimento através do Sistema Único de Saúde. Em casos de incapacidade permanente, o funcionário é encaminhado para Centros de Reabilitação Profissional, que tem a função de avaliar e definir a capacidade laboral residual e orientar uma nova ocupação (SAMPAIO et al., 1999).

Geralmente, a falta de comunicação entre o reabilitador e a empresa é um dos problemas mais comuns que ocorrem, dificultando o retorno precoce e adequado do funcionário a vida produtiva. Muitas vezes, o afastamento é prolongado pelo desconhecimento do reabilitador sobre o trabalho que o funcionário lesionado realiza cotidianamente, bem como suas condições de trabalho (WSIB, 2000; ROBINSON et al., 1997).

A participação dos supervisores e gerentes de produção no processo de retorno ao trabalho também foi considerada imprescindível, para que conheçam a dimensão do problema e suas implicações. Normalmente, eles não têm um bom entendimento dos DORT, nem dos princípios ergonômicos para a seleção de modificações adequadas. Embora sua função seja primariamente de exigir produção, também são responsáveis pela segurança e saúde do empregado. Não aparecem como colaborativos quanto a modificação do trabalho, provavelmente pelo conflito entre a responsabilidade de produção e demandas do programa de modificação do trabalho. Um grande obstáculo descrito ao retorno ao trabalho foi a crença dos supervisores que o trabalhador está 100% apto para retornar ao trabalho após o afastamento (BARIL et al., 2003).

Segundo WCBNS (2003), a informação do empregador e demais membros da equipe a respeito do curso das doenças ocupacionais e a compreensão do processo de retorno ao trabalho são fundamentais para seu sucesso. Para Bruyns et al. (2003), a compreensão do processo de recuperação e confiança na eficácia do tratamento são considerados fatores de proteção contra os afastamentos do trabalho, assim como a boa relação entre os colegas.

2.3.2.2 Análise da demanda de trabalho

Deverá ser realizada a descrição do trabalho de forma escrita, clara e detalhada, contendo informações sobre as funções essenciais e não-essenciais, dos deveres e tarefas requeridas. Através deste detalhamento, realizado com entrevista, visita, fotografias ou filmagens, se verifica para quais condições o funcionário necessitará para estar preparado ao retornar a sua função (GCRM, 2004).

Para conduzir a análise do trabalho, além da descrição de cada atividade, deve-se também identificar os equipamentos, ferramentas, máquinas e equipamentos usados, posturas requeridas, altura e carga de objetos que necessitem elevação ou transporte. Devem ainda ser considerados fatores como força necessária para elevar algum objeto; quanto tempo deve permanecer andando, sentado ou parado em pé; demanda física de ombros, coluna, braços e pernas. Este nível de análise foca sua atenção na maioria dos problemas potenciais, permitindo encontrar áreas que necessitam modificações ergonômicas, adaptações no ambiente de trabalho que acolham as necessidades do funcionário (WCBNS, 1999).

A análise das tarefas contidas no trabalho permite investigar e coletar informações do trabalho fazendo uma descrição detalhada, comparando as demandas do trabalho e capacidade do trabalhador (WCBNS, 1999).

2.3.2.3 Realização de mudanças no trabalho: retorno gradual, modificação das tarefas, troca de função e adaptações no posto de trabalho

Para permitir o retorno ao trabalho após lesão permanente ou temporária, quando ainda não recuperou sua capacidade funcional total, utilizam-se algumas estratégias de acomodação. A realização de tarefas transitórias possibilita a diminuição dos esforços físicos para se adaptar às limitações impostas pela lesão. A modificação das tarefas permite que sejam executadas atividades fora de sua posição original, exigindo apenas suas habilidades físicas atuais. Porém, a troca da função exige habilidades distintas das utilizadas anteriormente. De outra forma, a redução do número de horas trabalhadas também pode ser uma maneira de retorno gradual (WCBNS, 1999; WCBBC, 2004).

Outra possibilidade para facilitar o retorno ao trabalho e colaborar para a recuperação funcional é o uso das próprias tarefas como parte do processo de condicionamento e fortalecimento para o trabalho (WCBNS, 1999; FEUERSTEIN et al., 1993). O trabalho é designado para melhorar progressivamente as habilidades físicas até que o trabalhador esteja apto para realizar seu trabalho regular. O funcionário deve reassumir gradativamente as tarefas regulares assim que sua recuperação permitir. Essa mudança nos métodos de trabalho permite que o trabalhador retorne ao trabalho produtivo (WCBNS, 1999). Os envolvidos devem estar atentos à possibilidade do funcionário demorar mais tempo para realizar o mesmo trabalho (GCRM, 2004; WCBBC, 2004).

Caso não esteja apto para realizar um trabalho semelhante ao anterior, deve retornar ao mesmo departamento e realizar outra tarefa que seja possível, no ambiente já conhecido. Caso isto seja impossível em seu departamento, deve retornar a outro departamento com trabalho alternado ou modificação nas tarefas (WCBNS, 1999; GCRM, 2004; NYSIF, 2004). Para auxiliar na volta ao trabalho, podem ser realizadas alterações no posto, que reduzam a sobrecarga postural estática ou dinâmica, promovendo maior eficiência, conforto e segurança para o funcionário (LINCOLN et al., 2002).

No entanto, se o trabalhador não se sente seguro em realizar as tarefas do trabalho anterior, e apresente incapacidade permanente, devem ser realizadas modificações no trabalho anterior para atender as suas necessidades. Existem casos onde o funcionário está incapaz de retornar ao trabalho anterior, pela severidade da lesão, por este estar indisponível, ou pela exposição excessiva a fatores de risco ergonômicos. Nestes, a equipe de saúde, trabalhador e empregador podem optar pela recolocação em outra função (LINCOLN et al., 2002). Para tal, deve ser garantido que tenha habilidades funcionais para realizar as tarefas requeridas, qualificação apropriada e obtenha salário semelhante ao anterior (WCBNS, 1999).

O *Guideone Center for Risk Management* (2004), empresa da Califórnia, preconiza que, em caso de troca de função, esta deverá ser oferecida e aceita formalmente pelo funcionário. Em caso de recusa, não lhe será permitido receber benefícios por incapacidade temporária ou acidente de trabalho.

A importância dos fatores de risco ergonômicos do trabalho no desenvolvimento e exacerbação dos DORT sugere o potencial das intervenções na redução

destes fatores. Lincoln et al. (2002) e Bernacki et al. (1996) propuseram acomodações para os trabalhadores com desordens músculo-esqueléticas, obtendo resultados positivos com o *redesign* do posto.

Segundo Feuerstein et al. (1993), sempre que for possível, o local de trabalho deve ser analisado com protocolos específicos de análise ergonômica. Baseados na análise geral do posto de trabalho podem ser sugeridas mudanças de baixo custo, mas que facilitam a segurança e o retorno ideal ao trabalho, reduzindo a probabilidade de recidiva. Em trabalho posterior (2003), este mesmo autor afirma que o *redesign* permanente do posto de trabalho e do próprio trabalho pode ser recomendado para trabalhadores que experimentam longos afastamentos ou história de recidiva.

2.3.2.4 Acompanhamento do funcionário e avaliação do programa

Uma vez que o funcionário retorne ao trabalho, é essencial que seja acompanhado seu progresso (WBC, 2004; NYSIF, 2004). Este acompanhamento permite avaliar a efetividade das ações realizadas para adaptar o trabalho à condição atual do funcionário. Também possibilita coletar informações importantes, como a duração da incapacidade, média de dias utilizados no acompanhamento do lesionado, número de funcionários que retornaram ao seu trabalho de forma completa, casos que necessitaram de cuidados médicos e acomodações permanentes, que tipo de mudanças foram necessárias, etc. A comparação das informações com as anteriores, ajuda a determinar onde o programa está trabalhando com sucesso e onde merece revisão e ajustes (WCBNS, 1999, CHANDLER, 2003).

O Programa de Retorno ao Trabalho deve ser revisado e avaliado anualmente por todos os participantes: funcionários, equipe de saúde e segurança, supervisores, etc. Deve haver uma busca constante de eficiência e proposição de novas metas (GCRM, 2004; WCBNS, 1999).

2.3.3 Profissionais que Participam dos Programas de Retorno ao Trabalho

Segundo o *Workers' Compensation Board of Nova Scotia* (1999) e Bernacki et al. (1996), para o planejamento e implementação do plano de retorno ao trabalho é necessária

uma equipe integrada. Geralmente, as equipes de trabalho devem ser constituídas minimamente pelo funcionário, empregador, equipe de saúde e segurança no trabalho e reabilitação. A todos os participantes caberia, de forma integrada, o planejamento e assistência ao programa geral de retorno ao trabalho.

Stock et al. (1999) classificam em internos e externos a empresa os participantes no gerenciamento de trabalhadores com DORT, que inclui o programa de retorno ao trabalho. Internos à empresa são: gerente sênior, gerentes de recursos humanos e saúde e segurança, medicina do trabalho e outras áreas da saúde, diretores de produção, supervisores, comissões de saúde e segurança, trabalhadores acometidos e colegas. Já os externos à empresa são os funcionários do sistema de compensação, fisioterapeutas ou fisiatras, médicos especialistas, advogados, ergonomistas, entre outros.

Raramente o programa de retorno ao trabalho conta somente com profissionais internos a empresa. Um exemplo deste tipo de gerenciamento ocorre em uma clínica multidisciplinar descrita por Bernacki et al. (1996), onde a equipe é composta de medicina ocupacional, fisioterapia, terapia ocupacional e enfermagem. Estes profissionais são responsáveis pelo diagnóstico, tratamento, orientação em relação às restrições necessárias no retorno do funcionário e, se for o caso, estudam uma recolocação em função ou posto mais adequado.

2.3.4 Resultados Obtidos com os Programas de Retorno ao Trabalho

Existem muitos custos associados às lesões ou acidentes de trabalho, entre eles custos diretos, facilmente identificados, e custos indiretos. Os custos diretos podem incluir despesas como tratamento médico, limpeza do local (em caso de acidente), danos em equipamentos, materiais ou construção e benefícios com sistema de compensação. A maioria dos custos com acidentes são considerados indiretos como: perda da produtividade do funcionário e dos colegas que o atendem, treinamento para substituição do funcionário, substituição de equipamentos ou transporte para reparação de danos, investigação do acidente, despesas legais possíveis, diminuição da produtividade dos outros funcionários devido à experiência deprimente, diminuição da produtividade pelas saídas para tratamento médico e revisões (WCBNS, 1999; RIKHARDSSON et al., 2004).

O programa de retorno do *Johns Hopkins Workers' Compensation Management System* apresentou, logo após sua implantação, uma redução de 23% dos custos em compensação (BERNACKI et al., 1996). Este mesmo modelo de programa foi tema de um estudo longitudinal, que comparou os três anos anteriores e posteriores de sua implantação (GREEN-MCKENZIE et al., 1998). Os resultados financeiros foram positivos, com a redução de 50% do custo total com os trabalhadores adoecidos. Obtiveram também ótimos resultados nos custos humanos, com diminuição de 62% da incapacidade total temporária e de 38% da incapacidade permanente.

Muitas organizações experimentam após a implementação de programas de retorno ao trabalho uma redução de 25% a 50% em pedidos de indenização. Também ocorre uma diminuição do tempo de pagamento de benefícios e diminuição dos dias de afastamento de seus funcionários ao trabalho, minimizando as perdas produtivas. Se forem examinados individualmente, os casos podem apresentar retorno do funcionário 50% mais rápido e com 54% de redução nos custos. As estatísticas apresentam dados que relacionam ausências do trabalho superiores há 180 dias com retorno ao trabalho regular em somente 10% dos casos (CHANDLER, 2003).

Marhold et al. (2001) alcançaram resultados positivos com um programa de retorno ao trabalho com foco cognitivo-comportamental para pacientes com dores músculo-esqueléticas. Além do tratamento habitual de reabilitação, um psicólogo auxiliava a conduzir o retorno. Os melhores resultados do programa ocorreram com indivíduos com quadros álgicos recentes (entre dois a seis meses). Porém, em pacientes crônicos, com história de dor superior a um ano, não houve diferença significativa.

Também verificou-se na literatura duas propostas para facilitar o retorno ao trabalho de indivíduos com lombalgia apresentaram resultados positivos. Um primeiro estudo descreve o acompanhamento de indivíduos após um ano da realização de programa de condicionamento muscular intensivo, que apresentou o retorno ao trabalho de 52% dos pacientes (CASSO et al., 2004). Outro estudo apresenta os resultados favoráveis de um programa multidisciplinar para manutenção e retorno ao trabalho de portadores de lombalgias crônicas (BONTOUX et al., 2004). Neste caso, através do condicionamento físico e intervenção ergonômica, houve uma manutenção do trabalhador no emprego com uma

diminuição do tempo de afastamento do trabalho em 60%. Ao final de um ano, 75% dos participantes deste programa já haviam retornado ao trabalho.

Deve-se salientar ainda que, além dos custos que podem ser quantificados, existem custos intangíveis para o trabalhador acidentado. Nestes pode-se incluir a dor, o sofrimento, a alteração da vida social, a mudança na dinâmica da vida familiar, mudança da qualidade de vida familiar, diminuição da auto-estima e perda da capacidade produtiva (WCBNS, 1999).

2.4 Modelos de Programas de Retorno ao Trabalho

2.4.1 *Johns Hopkins Workers' Compensation Management System*

Implantado no Hospital Escola *Johns Hopkins*, de Baltimore, USA, em 1992. Este modelo expandiu o modelo de assistência existente, apresentando um programa integrado, incluindo cuidados básicos com a saúde do trabalhador, assim como reabilitação. O programa é coordenado pela fisioterapia e enfermagem ocupacional, responsáveis pela integração de todos os componentes do programa, prevenindo acidentes e facilitando o retorno ao trabalho (BERNACKI et al., 1996).

O indivíduo é avaliado e recebe a indicação inicial de tratamento. Quando necessário, realiza-se uma avaliação ergonômica do local de trabalho, para detectar condições desfavoráveis. O local é inspecionado por um higienista industrial, com treinamento em biomecânica. As mudanças necessárias são implementadas e os fatores de risco são acompanhados pela equipe, sendo que os representantes dos recursos humanos são informados das áreas mais problemáticas pelos gerentes de segurança.

Após o diagnóstico, o funcionário é encaminhado para o atendimento da fisioterapia e terapia ocupacional, ou outras clínicas, quando necessário (ex. dermatologia).

A equipe de reabilitação decide junto com o supervisor, baseada na capacidade funcional atual, como o funcionário retornará ao seu trabalho. Pode trabalhar com restrição das tarefas, em outro posto de trabalho ou outro departamento. Para tal, é necessário o planejamento do retorno, seu acompanhamento e realização de reavaliações periódicas do

funcionário. Este monitoramento permite a adaptação gradual do trabalho aos ganhos funcionais do trabalhador.

2.4.2 Workers' Compensation Board of Nova Scotia

Elaborado em 1999, para atender as necessidades do sistema de compensação canadense. Assim como nos Estados Unidos, o Canadá possui um sistema onde as empresas contratam serviços terceirizados, que trabalham em paralelo com o acompanhamento da União. Neste modelo, preconizam a existência de princípios básicos para acompanhar e desenvolver qualquer programa de retorno ao trabalho, segundo as orientações do *Workers' Compensation Board of Nova Scotia* (WCBNS, 1999).

A etapa preliminar inclui o envolvimento e comunicação com a equipe de trabalho. Deve-se verificar qual o impacto humano e financeiro dos acidentes de trabalho na empresa. Também deve ser organizada uma comissão de retorno ao trabalho, conseguindo o comprometimento dos participantes e especificando as responsabilidades da comissão. Os trabalhadores e empregadores são responsáveis pela prevenção de acidentes e reabilitação dos trabalhadores adoecidos, assim como o desenvolvimento de um programa individual e global de retorno ao trabalho, pois consideram que o sucesso do programa depende, entre outros fatores, da comunicação e participação de todos os membros, no planejamento e implementação.

Ainda nesta etapa preliminar, são formulados os objetivos e extensão do programa, decidindo sobre sua aplicação. É realizada também uma avaliação do ambiente de trabalho. Finalmente, é feito um acordo da política de retorno ao trabalho, formalizado por um relatório.

Na etapa seguinte é desenvolvido o projeto e implementado o programa, onde devem ser seguidos alguns passos.

***Atendimentos ao acidentado**

São providenciados imediatamente os primeiros cuidados após a ocorrência do acidente. O tratamento deve ser imediato e apropriado com a gravidade da lesão, seguindo as normas da saúde e segurança do trabalho.

*Relatório e investigação do acidente

Trata-se de revisar a história do acidente, suas possíveis causas, quando ocorreu, em que local, etc.

*Condução da análise das tarefas do trabalho

Esta análise permite investigar e coletar informações do trabalho fazendo uma descrição detalhada comparando as demandas do trabalho e capacidade do trabalhador. A ênfase da análise é a demanda física necessária para o trabalho. O ambiente de trabalho também deve ser considerado. Possibilita a identificação das áreas onde as modificações ergonômicas devem ser adaptadas às necessidades do trabalhador.

*Desenvolver opções convenientes de trabalho

A primeira meta deve ser o retorno do trabalhador a sua ocupação antes do acidente. Quando isto não for possível por necessitar do aumento das habilidades funcionais, serão considerados alguns princípios. O trabalhador retornará ao trabalho adaptado, de transição, que deverá se assemelhar ao realizado anteriormente.

Quando existir incapacidade física para retornar ao trabalho semelhante ao anterior, deverá retornar ao mesmo departamento e realizar outra tarefa que seja possível. Caso não existam opções em seu departamento, mudará de setor, alterando sua função ou tendo uma modificação em suas tarefas.

Caso o trabalhador não se sinta seguro em realizar as tarefas do trabalho anterior, e apresente incapacidade permanente, prioriza-se a modificação do trabalho anterior para atender as necessidades atuais. Além disto, deve-se identificar tarefas substitutas para acomodar estas necessidades; garantindo que tenha capacidade física de realizar as tarefas requeridas, qualificação apropriada e obtenha salário semelhante ao anterior.

Como regra geral, todas as alterações dependem da natureza da lesão, da capacidade funcional e habilidades do funcionário e disponibilidade do trabalho. Em relação às habilidades funcionais, o foco deve ser na capacidade atual. Neste sentido, devem ser

identificadas as limitações causadas pelo adoecimento e as habilidades existentes, planejando o retorno em função dessas habilidades, evitando a reincidência.

O plano de retorno ao trabalho deve garantir que nenhum trabalhador ou colega seja exposto a qualquer risco de saúde ou segurança.

*Retorno ao trabalho

A equipe de retorno ao trabalho coordena atividades com o trabalhador lesionado junto com o supervisor para preparar o retorno ao local de trabalho. O plano individual deve ser documentado e enviado para todos os membros.

Nesse contexto, acredita-se que é essencial o envolvimento do trabalhador adoecido com seu próprio plano de retorno ao trabalho. Estes devem ser encorajados a se responsabilizar com sua reabilitação, tendo a noção de participar de uma equipe.

*Monitoração e acompanhamento do funcionário

Reuniões regulares da equipe de trabalho devem revisar o progresso do trabalhador e determinar se são necessários recursos adicionais e deve-se ainda estar atento ao surgimento de outras dificuldades durante o processo do retorno.

*Criar pacote de informações

As informações sobre a amplitude e possibilidades do programa de retorno ao trabalho, bem como o contato na empresa devem estar contidos em material a ser levado a equipe de reabilitação que cuidará do funcionário.

*Desenvolver regras e processos

A estrutura do programa deve estar bem clara para todos os participantes e as decisões tomadas ao longo do tempo devem ser registradas.

*Facilitar a comunicação, educação e promoção do programa

O programa deve estimular e proporcionar a comunicação entre todos os envolvidos: funcionários, supervisores, equipe de saúde e segurança e de reabilitação. Devem ser realizadas reuniões regulares e comunicações impressas.

*Conduzir avaliação e acompanhamento do programa

O programa deve ser avaliado periodicamente, em seus acertos e erros. Devem ser realizadas as mudanças necessárias para torna-lo eficiente e eficaz.

2.4.3 *Bureau Des Conseillers Des Employeurs*

O modelo de programa de retorno ao trabalho do *Bureau Des Conseillers Des Employeurs* (BCE, 2003), uma organização canadense, foi elaborado com o objetivo de prevenir as lesões e acidentes de trabalho, mantendo um ambiente sadio e livre de perigos; bem como, no caso de acometimento, favorecer uma intervenção rápida e o retorno à função sem riscos.

Os objetivos do programa envolvem a sensibilização dos funcionários para as questões de invalidez, redução do número de horas perdidas por absenteísmo atribuídos a lesões ou acidentes de trabalho, maior segurança contra os acidentes de trabalho, desenvolvimento de possibilidades justas para que os funcionários retornem ao trabalho e a observação das obrigações legislativas vigentes.

Conforme política do programa, a empresa deve facilitar a reintegração do empregado o mais rápido possível. Se este funcionário não estiver apto para retornar à mesma função, poderá se realizar uma troca de função, respeitando suas capacidades funcionais. A empresa e os empregados devem colaborar para o sucesso do programa. Um acordo formal entre a empresa e o sindicato deverá estar documentado, onde ambos concordam com os termos do programa de retorno ao trabalho.

A responsabilidade dos participantes com o programa deverá ser estabelecida de forma escrita. Para tal, serão realizadas reuniões regulares para a gestão do programa e

avaliação trimestral ou anual dos objetivos do programa. Também serão estabelecidos critérios de admissão e de exclusão

Na ocorrência da lesão ou acidente, o empregado deve comunicar imediatamente o programa. Recebendo então os primeiros socorros ou cuidados de saúde necessários. Após, assina formulário da Comissão de saúde e segurança contra acidentes de trabalho, que determina a capacidade funcional para um retorno rápido ao trabalho.

De posse deste formulário, a empresa escolhe, com o auxílio do funcionário, uma função que respeite sua capacidade atual. No decorrer do processo de reabilitação e readaptação, o empregado deve comunicar cada nova aquisição funcional que lhe permita a realização de novas tarefas. A empresa deve acompanhá-lo regularmente durante o processo de reabilitação.

Caso ocorram divergências entre empresa e empregado, deve-se reexaminar o plano de retorno e corrigir os erros. Se esta diferença estiver relacionada com a determinação das capacidades funcionais, a empresa deverá contratar um profissional especializado para realizar uma avaliação mais aprofundada. Caso estas diferenças não puderem ser resolvidas, deve-se obter o auxílio de um mediador em relação ao retorno ao trabalho.

2.4.4 Guideone Center for Risk Management

O passo inicial deste programa de retorno ao trabalho é o comprometimento da alta gerência da empresa com o mesmo. Segundo a empresa *Guideone Center for Risk Management* (GCRM, 2004), deve haver uma declaração do plano de ação, escrita de forma breve e clara. Deverá explicar a filosofia do plano de retorno e apresentar os esforços realizados pela empresa na promoção da saúde e prevenção de acidentes. Esta declaração deverá ser lembrada constantemente, encorajando o rápido retorno ao trabalho, confirmando o compromisso da empresa com o programa.

O programa prevê uma série de procedimentos que deverão ser adotados em caso de ocorrência de lesões ou acidentes.

Inicialmente, serão oferecidos os primeiros cuidados e se documentará a ocorrência (horário, local, situação, primeiros cuidados, nome e endereço do médico). O

funcionário poderá pré-indicar um médico ou fisiatra que já tenha lhe acompanhado anteriormente, ou mesmo um local onde já se tratou, como clínica, hospital, etc. Deverá ainda ser feito relatório imediatamente após a ocorrência da lesão ou acidente, notificado em até 24 horas. O médico selecionado (pelo funcionário ou empresa) necessita ter especialização e experiência em saúde ocupacional.

Na visita inicial após o afastamento, a empresa deverá encaminhar ao médico um pacote incluindo diversas informações. Entre estas, uma comunicação deverá explicar o funcionamento do programa de retorno ao trabalho, identificando a empresa e o contato do empregador. Além disso, receberá uma descrição do trabalho regular do funcionário, incluindo tarefas e informações sobre a alternância de tarefas. Por fim, um formulário para ser preenchido após a avaliação do paciente, relacionando quais restrições deverão ser respeitadas.

A empresa deverá manter a comunicação com o médico e com o funcionário. Com o médico, deverá ser discutindo o tratamento, bem como detalhes das restrições e previsão de retorno. Com o funcionário, deverá permanecer em comunicação enquanto estiver fora do trabalho, por telefone ou visita domiciliar. Neste contato deverá reafirmar que a empresa e o sistema de compensação proporcionarão seu atendimento, pagando as despesas médicas e que será bem recebido em seu retorno.

No caso de acompanhamento médico, este deverá ser documentado. Sendo necessária a realização de outros tratamentos, além da reabilitação física, estes deverão ser aprovados pela empresa.

Caberá ao fisiatra a liberação para o retorno ao trabalho. Se este determinar que o funcionário não está apto a realizar o retorno, mesmo em tarefas modificadas, o trabalhador poderá ficar afastado até que se encontre uma função que possa ser adaptada.

Deverá ser realizada a descrição do trabalho de forma escrita, clara e detalhada, contendo informações sobre as funções essenciais e não-essenciais, dos deveres e tarefas requeridas. Através deste detalhamento, possibilitado por entrevista, visita, fotografias ou filmagens, se verifica para quais condições o funcionário necessitará estar preparado ao retornar à sua função.

O empregador deverá manter o funcionário no mesmo setor, disponibilizando outra função. Esta função oferecida deverá ser aceita formalmente pelo funcionário. Caso este recuse o trabalho oferecido, não lhe será permitido receber benefícios por incapacidade temporária ou acidente de trabalho.

O retorno do funcionário ocorre preferencialmente no mesmo setor, respeitando as restrições estabelecidas pelo fisiatra. Poderão ser realizadas modificações temporárias, como a união de várias tarefas leves. Para a escolha da nova função, se considera a experiência de trabalho do funcionário, bem como suas habilidades. Também se deve levar em conta que o trabalho possivelmente levará mais tempo para ser realizado. Se não existirem possibilidades de adaptação no seu setor, poderá ser transferido temporariamente para outro, que respeite tais restrições. Outra modalidade do programa seria a opção do empregador pelo retorno do funcionário com redução de horário, se isto foi apropriado, desde que trabalhe no mínimo duas horas ao dia.

A avaliação do funcionário deverá ser realizada no mínimo mensalmente. Se as restrições forem de curta duração, o supervisor as avaliará semanalmente. As indicações do trabalho devem mudar na medida que as restrições forem diminuindo.

Como a participação no programa de retorno ao trabalho é temporária, o empregado receberá seu salário de acordo com a função exercida durante sua permanência no programa. Se o funcionário não puder retornar ao trabalho total no prazo de 90 dias, o empregador deve conduzir a avaliação para uma nova função.

O programa deverá ser revisado anualmente, para avaliar sua efetividade junto às partes envolvidas.

2.4.5 New York State Insurance Foundation

Esta organização privada possui o *Early Return-to-Work program* (NYSIF, 2004), que faz parte de um programa completo de gerenciamento de risco oferecido, incluindo prevenção de acidentes e fraudes, programa ativo de segurança, realizando análise do trabalho, com enfoque ambiental e organizacional.

Segundo este programa, são princípios para o seu sucesso:

- a) existência de uma comissão de gerenciamento, responsável pela organização e acompanhamento dos princípios estabelecidos pelo programa, bem como estabelecer a comunicação com toda a organização;
- b) etapa de preparação, onde se identifica e envolve os participantes. São estabelecidas as metas e forma de funcionamento em modelo escrito;
- c) treinamento de gerentes, supervisores e funcionários, que devem conhecer o programa;
- d) divulgação do programa na empresa e manutenção da comunicação com os participantes durante todo o processo de retorno ao trabalho.

O programa estabelece ainda alguns passos para sua implementação.

Desenvolver metas e política específica

Nesta etapa, deverão ser tomadas algumas decisões, que respeitem a política da empresa, acordos coletivos existentes e cultura da organização. Também deve ser feita a delimitação do programa, identificando quem poderá participar, que tipo de casos acolherá. Após estas decisões, serão identificadas funções alternativas para o tipo de lesão (incapacidade temporária ou permanente), que respeitem as indicações terapêuticas.

Assim que os participantes estabelecerem as metas e política do programa, estas deverão ser formalmente escritas.

Designar coordenador do programa

Este coordenador pode ser gerente de segurança ou representante dos recursos humanos. Devem ser estabelecidas as responsabilidades do coordenador, como promover informações sobre o programa a supervisores e funcionários, acompanhar o retorno do trabalhador, gerenciar comunicação entre os participantes e *New York State Insurance Foundation*.

Identificar tarefas de transição

Deve-se realizar um mapeamento das funções realizadas na empresa através de uma análise do trabalho. Este mapeamento permite a identificação de atividades que possam ser efetuadas pelos funcionários lesionados, com demanda física e mental adequada. A criatividade deve impulsionar o desenvolvimento de tarefas modificadas, permitindo a produtividade do funcionário, mesmo em fase de recuperação.

Nesta etapa, devem ser consideradas variações como diminuição do turno de trabalho, troca temporária de função, tarefas alternativas, funções compartilhadas, funções em outros setores, fazer rotação de tarefas e modificações no posto de trabalho.

Cada situação deve ser observada individualmente, pois muitas vezes o funcionário retorna com capacidade para realizar parte de suas funções. Nestes casos, costuma-se fazer uma reestruturação no trabalho.

Desenvolver um modelo padrão

Este modelo necessita apresentar as seguintes etapas:

- a) declaração da política de retorno precoce ao trabalho;
- b) notificação do NYSIF sobre caso potencial de retorno;
- c) informação da equipe de reabilitação que acompanha o funcionário da participação no programa e seu funcionamento;
- d) modelo de análise do trabalho detalhando as capacidades funcionais necessárias para a função requerida;
- e) modelo de análise da capacidade funcional do trabalhador: descrição detalhada da capacidade funcional preenchida pelo fisiatra;
- f) disponibilidade de função para retorno ao trabalho, que informa ao funcionário a função oferecida.

Promover treinamento e manter a comunicação

É essencial que os supervisores recebam treinamento sobre os princípios e procedimentos do programa. Este treinamento deve incluir informações sobre investigação de acidentes de trabalho, comunicação precoce, formas de comunicação e possibilidades de trabalho modificados e tarefas alternativas. A empresa também deve manter-se em contato regular com o funcionário durante o processo de recuperação.

2.4.6 *Workers' Compensation Board of British Columbia*

Este programa de retorno ao trabalho, do *Workers' Compensation Board of British Columbia* (WCBBC, 2004) apresenta-se como uma forma ativa do empregador auxiliar o seu funcionário lesionado ao retorno ao trabalho produtivo e seguro, assim que seja possível. Este programa é baseado na filosofia de que funcionários lesionados podem realizar um trabalho seguro e produtivo durante o processo de recuperação. Assim, retornar ao trabalho faz parte da terapia e recuperação do funcionário.

Cinco etapas são necessárias para o sucesso do programa:

1. Desenvolver uma política organizacional que reflita o comprometimento da empresa com o programa de retorno ao trabalho.
2. Escolher um coordenador para o programa, para desenvolver junto com os funcionários e WBC um plano apropriado de retorno.
3. Promover a educação de funcionários e supervisores sobre os procedimentos do programa.
4. Identificar oportunidades de trabalho, modificado e permanente, sempre assegurando que a função seja produtiva.
5. Elaborar um programa flexível.

O objetivo do programa pode ser alcançado de três formas:

- Mesma função na mesma empresa

A prioridade é o retorno do funcionário ao seu trabalho anterior, por estar familiarizado com os colegas, ambiente e rotinas. A permanência na mesma empresa permite a manutenção dos benefícios por tempo de serviço, pois as empresas não gastam em novos treinamentos.

- Diferente função na mesma empresa

Quando é impossível retornar a mesma função, pode ser possível permanecer com bom salário, realizando outra função. O WCBC pode ajudar a identificar a melhor solução e providenciar as adaptações necessárias.

- Estratégias de retorno ao trabalho de transição

Existem várias formas de facilitar a transição do funcionário a um trabalho familiar e a assistência financeira do WBC pode ser disponibilizada para:

- a) renovar treinamento ou aumentar a capacitação do funcionário, aproveitando assim o tempo de afastamento do funcionário;
- b) propiciar o retorno gradual ao trabalho, em número de horas;
- c) realizar um período de avaliação do trabalho, fazendo uma triagem para poder avaliar a melhor opção para aquele funcionário;
- d) adaptar posto de trabalho ou equipamento;
- e) realizar treinamento no e através do trabalho;
- f) promover treinamento formal para uma nova e diferente função.

Uma vez que o funcionário retorne ao trabalho, é essencial que seu progresso seja acompanhado. Em alguns casos é utilizada a reabilitação vocacional, que auxilia trabalhadores incapacitados a voltar ao trabalho após acidente ou lesão ocupacional. Inclui a

avaliação e planejamento vocacional, recomendação do desenvolvimento de habilidades, prontidão para o trabalho e assistência na recolocação, inclusive fazendo uma avaliação da empregabilidade do funcionário.

2.5 Características dos Programas de Retorno ao Trabalho

Chandler (2003) publicou um artigo sobre os programas de retorno ao trabalho, classificando-os e despertando a atenção para seus resultados potenciais. Afirma que nos últimos quinze anos vários modelos de programas de retorno ao trabalho foram criados, afirmando a importância dos mesmos no controle da incapacidade. Estes programas oportunizam a redução de gastos das empresas e aumentam a segurança dos empregadores em relação aos processos trabalhistas.

O autor cita uma avaliação prática do programa de retorno ao trabalho desenvolvido por uma empresa (*Crawford & Company*), que apresenta uma redução de 54% dos custos correntes com compensação. Indica ainda, que o retorno em investimento foi de nove dólares para cada dólar gasto pela organização na implementação do programa.

Segundo Chandler (2003), existem vários tipos de programas de retorno ao trabalho, conhecidos como: leve, modificado, transicional e trabalho temporário. Sua função inicial é providenciar acomodações de trabalho temporárias que permitam ao funcionário retornar ao trabalho de acordo com as prescrições e condições aprovadas pela equipe de saúde, respeitando sua capacidade funcional. Estas devem ser estabelecidas através da comunicação entre as partes interessadas – funcionário, empresa e equipe médica.

Como obstáculo inicial ao sucesso dos programas, o autor cita a cultura e filosofia da organização. O retorno ao trabalho deve ser entendido como uma boa estratégia para reduzir custos com afastamento, diminuir abusos no sistema e alcançar produtividade no trabalho durante o período de reabilitação. Os programas apresentam estrutura e desempenho distintos, de acordo com as decisões e critérios estabelecidos para mudar a cultura relacionada ao retorno ao trabalho.

De acordo com Chandler (2003), os programas podem ser classificados como modelo básico, intermediário e avançado, os quais serão explicitados a seguir.

Modelo Básico

O programa é amplo e informal, funcionando geralmente com departamento de recursos humanos ou gerenciamento de risco. Trata-se de programas restritos, onde as decisões ocorrem em nível setorial e não organizacional. Assim, algumas vezes possuem setores sabidamente opostos ao programa, que rejeitam o retorno de seus funcionários antes que estejam totalmente recuperados.

Não existe um registro da estrutura dos programas, que contenha sua política e procedimentos, sendo que também não possuem apoio em seu gerenciamento, sendo administrados de forma negligente, com recursos financeiros e humanos insuficientes.

Neste modelo básico, somente tem acesso as modificações necessárias para o retorno o funcionário que possuir qualificação ou pertença a algum departamento importante.

Modelo Intermediário

Neste modelo já se conseguiu uma mudança de cultura na empresa, permitindo o apoio às atividades de retorno ao trabalho. Apesar destas organizações reconhecerem a importância do trabalho na recuperação do funcionário, não conseguiram ainda estabelecer uma forma adequada para realizá-lo.

De acordo com o autor, as empresas que adotam o modelo intermediário, formalizam o programa, apresentando suporte no gerenciamento e elaborando políticas e procedimentos de forma escrita.

O tempo ocorrido desde a lesão, sua comunicação, qualidade do atendimento e tomada de decisões em relação às acomodações no trabalho irão interferir diretamente na evolução de cada caso.

A competência do comitê de gerenciamento do programa na promoção do intercâmbio das informações necessárias entre todos os envolvidos (funcionário, empresa e equipe de trabalho) pode garantir o sucesso do processo. Porém muitas empresas falham em subestimar a importância do coordenador do programa.

No modelo intermediário existem variações em relação ao refinamento do programa. Muitas organizações identificam e desenvolvem antecipadamente opções de trabalho possíveis para funcionários em recuperação, se adequando a política do programa. Geralmente, são eficientes na recolocação de seus funcionários, embora muitas vezes percam muito tempo nesta etapa, protelando o retorno integral ao trabalho.

Alguns setores podem apresentar resistências em participar do programa, mas o resultado geral do mesmo é satisfatório na redução dos custos com compensação.

Chandler (2003) lembra que geralmente as empresas americanas contratam consultorias para o gerenciamento dos seus programas de retorno. Segundo ele, estas organizações não costumam fazer o registro da evolução efetiva do programa, através de relatórios de custos, anteriores e posteriores a sua adoção, das reclamações trabalhistas, etc. A comunicação entre a equipe de trabalho e empresa é esporádica.

Inicialmente estes programas intermediários produzem uma redução significativa dos custos nos primeiros um a três anos. Após este período, os resultados algumas vezes se enfraquecem, pela mudança de pessoal e de foco da organização. Em consequência, os programas param de evoluir o processo, de apresentar resultados e tendem a se desgastar.

Modelo Avançado

Para Chandler (2003), a conquista de um programa avançado de retorno ao trabalho é resultado de um processo contínuo de melhoria e evolução durante certo período. Existe um compromisso com cada caso, obedecendo a sistemática do programa, com uma expectativa de 100% de retorno. O *design* do programa obedece ao princípio da intervenção rápida e apropriada. Embora nem sempre o resultado ótimo seja alcançado, permite efetividade nos casos de lesões típicas, sendo que o nível de satisfação dos funcionários é elevado.

No caso de acidentes de trabalho, a comunicação ao programa no dia da lesão é primordial para seu sucesso, assim como uma completa coleta de dados. Nos programas avançados a comunicação é imediata e o funcionário é encaminhado para serviço de

atendimento adequado. A atenção rápida e eficiente diminui a insegurança do lesionado, como já foi discutido anteriormente.

A intervenção rápida do programa deve completar-se com a existência na empresa de várias opções de funções de transição, para receber o funcionário assim que possível. Opções estas que possam obedecer à capacidade funcional atual estabelecida pela equipe de reabilitação. A descrição detalhada da demanda física e mental requerida na função realizada até aquele momento pelo funcionário fornece à equipe de reabilitação uma base para os objetivos finais do processo de recuperação funcional. Para se chegar a um consenso das possibilidades de trabalho para cada funcionário, deve se estabelecer um diálogo direto do coordenador do programa de retorno ao trabalho com supervisores, funcionário e equipe de reabilitação.

Uma medida muito importante adotada pelos programas avançados é o registro dos eventos e caminhos adotados pelo programa. A informação construída através da experiência é muito valiosa, somente a partir dela o programa evolui. Quando se confia somente nas pessoas envolvidas no programa, pode-se perder parte desta “bagagem”.

Chandler (2003) também considera como um diferencial a postura adotada pela empresa no sentido de tentar resolver situações adversas, que se apresentarem no decorrer do programa. Para tal, a equipe de trabalho deve ter um funcionamento sistematicamente integrado.

Baseado em sua classificação dos modelos de retorno ao trabalho, Chandler (2003) concebeu um quadro onde compara estes modelos: básico, intermediário e avançado, com seus componentes e características. Na seqüência, uma adaptação deste quadro compõe a figura 2, facilitando sua síntese.

| Componentes e Características do Programa | Básico | Intermediário | Avançado |
|---|---|--|---|
| Envolvimento organizacional e princípios do programa | Modelo restrito para casos selecionados | Modelo com apoio de terceiros, para alguns casos | Modelo colaborativo com decisões sistemáticas |
| Estrutura do programa | Informal | Formal | Sistemática |
| Política e procedimentos escritos | Não | Sim | Sim |
| Acordos do programa escritos | Não | Algumas vezes | Sempre |
| Comunicação direta com diretoria | Não | Parcial | Sim |
| Pré-identificação de opções de trabalho modificado | Não | Às vezes | Sim |
| Descrição das funções essenciais do trabalho/ Análise do trabalho | Às vezes | Sim | Sim |
| Treinamento de gerentes/ supervisores | Não | Inicialmente | Constante |
| Gestão do programa | | | |
| Funcionários designados ao gerenciamento e coordenação | Obrigação paralela | Paralela ou dedicados | Dedicados |
| Sistema de gerenciamento das informações | Nenhum banco de dados | Acesso seletivo | Sistema de dados |
| Pontos críticos | | | |
| Comunicação no dia da lesão | Consentimento | Rápida intervenção | Intervenção imediata |
| Acompanhamento da evolução | Mínima | Inicialmente | Protocolado |
| Compromisso com a recuperação | Não | Parcial | Sempre |
| Relacionamento entre a equipe de trabalho | Mínimo | Apoio | Colaborativo e integrado |
| Nível de satisfação dos funcionários | Negativo-baixo | Médio-alto | Muito alto |
| Resultados do programa | | | |
| Eficiência inicial do programa, 1-3 anos | Limitada | Média | Alta |
| Evolução do Programa | Programa é abandonado | Resultados se enfraquecem com o tempo | Sucesso contínuo |
| Continuidade do programa, com evolução e fixação de metas | Nenhuma | Algumas vezes | Sempre |

Figura 2: Quadro comparativo entre os Programas de Retorno ao Trabalho.
Fonte: Adaptado de Chandler (2003).

2.6 Considerações a respeito da Revisão Bibliográfica

A revisão bibliográfica realizada forneceu um panorama geral dos acidentes e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, responsáveis por afastamentos ao trabalho, incapacitando de forma temporária ou permanente suas vítimas. Estes danos à saúde do trabalhador estão bem documentados na bibliografia. Nesta revisão, foram selecionadas informações gerais, que permitam ao leitor a reflexão sobre o impacto destas ocorrências para empresas e trabalhadores. A extensão dos danos provocados por estes afastamentos, estimulou a elaboração de estratégias para sua prevenção e a criação de programas que facilitam o retorno do funcionário lesionado.

A bibliografia relacionada aos programas de retorno ao trabalho é prolífera na literatura internacional. As publicações são oriundas principalmente do Canadá, onde existem diversos grupos que pesquisam o tema, seguido dos Estados Unidos. Infelizmente, não foi encontrada nenhuma publicação nacional referente aos programas de retorno ao trabalho. A figura 3, apresentada na página seguinte, ilustra o resumo dessas principais publicações através de um quadro comparativo.

Os modelos de Programa de Retorno ao Trabalho encontrados na literatura e os selecionados para esta revisão são similares, embora alguns apresentem um formato mais completo. De forma geral, todos os programas preconizam a sua formalização e adoção de algumas etapas básicas. Estas etapas incluem a discussão e delimitação do programa pela equipe de saúde e segurança e funcionários; sua integração com os programas já realizados na empresa, realizar a pré-identificação de postos e processos de trabalho que possam atender a demanda da empresa; estabelecer o plano de retorno ao trabalho junto com o funcionário e supervisor, respeitando suas capacidades funcionais atuais; acompanhamento do funcionário e promoção das adaptações necessárias, de natureza física ou organizacional e finalmente, a avaliação e discussão periódica da eficácia do programa.

Na página seguinte, a figura 3 apresenta um quadro comparativo, resumindo os componentes dos programas da revisão: *Johns Hopkins Workers' Compensation Management System*, *Workers Compensation Board of Nova Scotia*, *Bureau Des Conseillers Des Employeurs*, *GuideOne Center for Risk Management*, *New York State Insurance Foundation* e *Workers Compensation Board of British Columbia*.

| | JHWCM | WCBNS | BCE | GCRM | NYSIF | WCBBC |
|--|-------|-------|-----|------|-------|-------|
| Etapa Preparatória | | | | | | |
| Comprometimento da empresa com o programa | | X | | X | X | X |
| Comissão de retorno ao trabalho | | X | | | X | |
| Coordenador do programa | X | | | X | X | X |
| Discutir e formular objetivos, procedimentos, abrangência e papel dos participantes | | X | X | X | X | |
| Programa Integrado: prevenção e reabilitação | | X | X | X | X | |
| Formulações escritas | | X | X | | X | |
| Envolvimento, educação ou treinamento de supervisores, gerentes e / ou trabalhadores | | X | | | X | X |
| Pré- identificação de processos e postos de trabalho | | | | | X | |
| Comunicação / divulgação | | X | X | | X | |
| Etapa de Implementação | | | | | | |
| Atendimento imediato | X | X | X | X | X | |
| Relatório e investigação de acidente | | X | | X | | |
| Condução da análise das tarefas do trabalho / demanda física | | X | X | X | X | |
| Pacote de informações para responsável pela reabilitação | | X | | X | X | |
| Avaliação e modificações ergonômicas | X | X | X | | | X |
| Análise da capacidade funcional do trabalhador | X | X | X | X | X | X |
| Plano individual de retorno escrito | X | X | X | X | X | X |
| Aceitação formal do trabalhador do plano de retorno | | | X | X | | |
| Acompanhamento da evolução do trabalhador | X | X | X | X | | X |
| Reabilitação terceirizada | | X | X | X | X | X |
| Pacote de informações para reabilitação | | X | | X | | |
| Etapa Pós- Implementação | | | | | | |
| Estrutura e evolução do programa escrita | | X | | | | |
| Reuniões regulares com os envolvidos | | X | X | | | |
| Avaliação periódica do programa | | X | X | X | | |

Figura 3: Quadro comparativo resumindo os componentes dos modelos de Programa de Retorno ao Trabalho das principais publicações.

CAPÍTULO 3 - METODOLOGIA

Este capítulo apresenta a metodologia empregada no estudo, que pode ser considerado como estudo de caso, de natureza descritiva com ênfase no paradigma qualitativo. Este método se caracteriza por ser um estudo intensivo com a função principal de explicar sistematicamente os eventos que ocorrem no contexto local. O estudo de caso permite ao pesquisador, através de observação e entrevistas *in loco*, avaliar as condições atuais do contexto analisado (YIN, 2001).

Assim, para conhecer e posteriormente avaliar um modelo de atendimento à saúde do trabalhador pós-afastamento temporário, o primeiro passo consiste na caracterização da empresa onde este se realiza. Deve-se também, através de entrevistas com os envolvidos, obter informações sobre a promoção da saúde e segurança na empresa e sobre os riscos aos quais estão expostos seus trabalhadores. Esta etapa permite conhecer a essência dos afastamentos ao trabalho, bem como os setores mais envolvidos.

Na etapa seguinte é realizada a apreciação deste modelo de atendimento. Deve-se conhecer como este é estruturado: os profissionais que compõem a equipe, como estes se comunicam e se integram e quais são os procedimentos adotados. Ao final desta, os profissionais da saúde e segurança do trabalho devem fazer uma avaliação do modelo de atendimento, da eficiência de seu trabalho e sugerir melhorias. Ainda nesta etapa, os setores mais envolvidos com os afastamentos deverão ser visitados, para que se possa observar as condições de trabalho, bem como os processos e postos de trabalho existentes nos mesmos.

Na terceira etapa, o modelo de atendimento é caracterizado, comparando-se os dados coletados com a bibliografia. Assim, é possível saber onde o modelo de atendimento à

saúde do trabalhador pós-afastamento temporário realizado na empresa se assemelha e onde difere dos modelos de programa de retorno ao trabalho preconizados na literatura, verificando-se também seus acertos e suas limitações.

A última etapa consiste da recomendação de melhorias para o modelo analisado, através da sugestão de um modelo de Programa de Retorno ao Trabalho (PRT).

Para facilitar a compreensão das etapas envolvidas na metodologia, é apresentado seu resumo na figura 4.

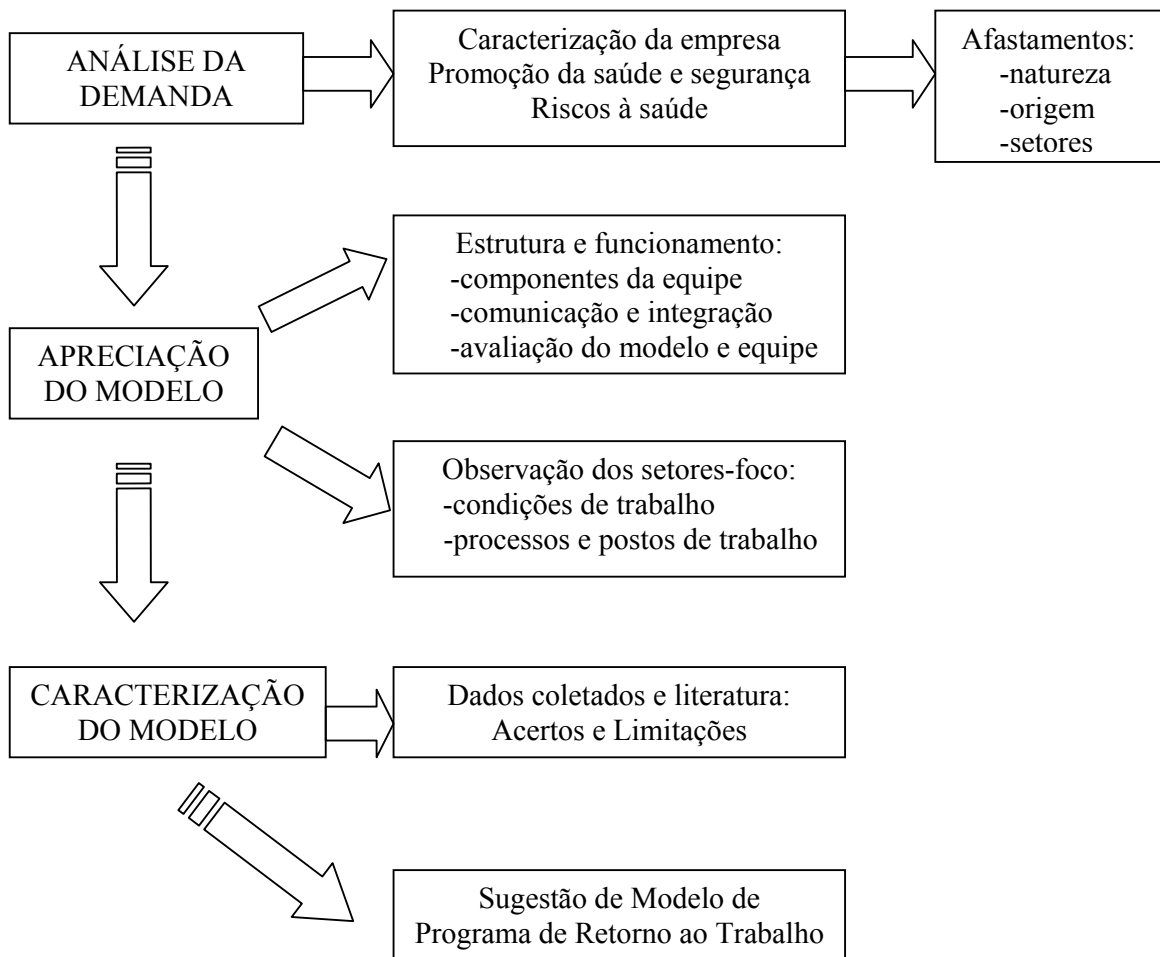


Figura 4: Metodologia empregada no estudo do modelo de atendimento à saúde do trabalhador pós-afastamento temporário.

3.1 Análise da demanda

Através da análise da demanda, é possível conhecer as necessidades da empresa em relação ao atendimento do trabalhador pós-afastamento temporário, através dos indicadores de saúde e segurança da empresa. Nessa etapa preliminar, os dados são coletados através de entrevistas semi-estruturadas realizadas com profissionais que fazem parte da equipe de saúde e segurança do trabalho que participam do modelo, tais como representante do setor de recursos humanos, medicina do trabalho, engenharia ou técnico de segurança, enfermagem do trabalho, ergonomia, fisioterapia, entre outros.

As entrevistas fornecem informações relativas ao funcionamento organizacional e promoção da saúde e segurança na empresa. Através dessas, são solicitados dados e opiniões relativos aos riscos à saúde dos trabalhadores, e quais os setores com o maior número de afastamentos. Deve-se verificar que tipos de acidentes de trabalho ocorrem, quais agentes causadores mais comuns e partes mais atingidas. Também busca-se informações sobre as lesões músculo-esqueléticas mais frequentes entre os trabalhadores, descrição das regiões corporais mais atingidas, assim como dos setores onde os acidentes e os DORT são mais prevalentes e incidentes. Os setores mais envolvidos nos afastamentos são considerados como setores-foco, que em etapa posterior serão visitados.

Nessa etapa, os dados foram coletados através das entrevistas com a ergonomista (apêndice E) e a técnica de segurança do trabalho (apêndice B).

3.2 Apreciação do modelo de atendimento à saúde do trabalhador pós-afastamento temporário

A apreciação consiste em conhecer o funcionamento do modelo de atendimento realizado e na observação direta dos setores-foco. Em continuação à etapa anterior, são realizadas entrevistas com os demais profissionais da equipe de saúde e segurança, que fornecem informações relativas à estrutura do atendimento realizado na empresa. É necessário saber quais são os componentes da equipe de saúde e segurança que fazem parte da equipe de trabalho e como ocorre a comunicação e integração entre os mesmos.

O modelo de atendimento à saúde do trabalhador pós-afastamento temporário deve ser investigado em todas as fases, iniciando com os procedimentos adotados, quando o trabalhador sofre um acidente ou começa a apresentar algum sintoma de natureza osteomuscular. São questionados os procedimentos a serem realizados desde o início dos sintomas até as medidas adotadas para que possa retornar a sua capacidade produtiva, respeitando possíveis limites impostos.

É necessário investigar o que ocorre no dia do retorno do trabalhador. Deve-se saber como o este é recebido na empresa, que tipo de acompanhamento é oferecido e quais as dificuldades encontradas neste retorno.

Devem ser conhecidas as atribuições dos membros da equipe de saúde e segurança. Também é necessário saber qual a apreciação que fazem do atendimento, como avaliam sua própria participação no mesmo, e são solicitados a sugerir quais os pontos onde este modelo possa ser otimizado.

Conforme já definido, os setores-foco são aqueles de maior prevalência de afastamentos e / ou acidentes de trabalho e lesões músculo-esqueléticas. Nesse caso, a observação direta do setor em foco permite verificar as condições em que trabalham os funcionários, contemplando também os fatores ambientais, processos e tarefas realizadas, seus constrangimentos e diversidade de funções possíveis.

Para se alcançar estes objetivos, são utilizadas entrevistas semi-estruturadas com os profissionais que fazem parte da equipe de saúde e segurança do trabalho. Essas, são agendadas previamente e realizadas durante a jornada de trabalho dos participantes do estudo, sendo gravadas e, posteriormente, transcritas para análise. São entrevistados membros dos seguintes setores: recursos humanos (Apêndice A), segurança do trabalho (Apêndice B), medicina do trabalho (Apêndice C) e enfermagem do trabalho (Apêndice D), ergonomista (Apêndice E) e fisioterapeuta (Apêndice F).

As entrevistas realizadas com os diversos profissionais devem ser constituídas de questões similares e outras distintas. As perguntas similares procuram facilitar a compreensão do funcionamento global do modelo de atendimento e da cultura da empresa, obtendo diversas opiniões sobre o mesmo assunto. As questões distintas procuram contemplar

a área específica de atuação dos profissionais, quais são suas atribuições na equipe e quais as suas impressões sobre o cotidiano de seu trabalho.

A visita aos setores da empresa foi acompanhada por no mínimo um profissional da equipe, familiarizado com os processos, preferencialmente precedida de uma explicação teórica sobre os mesmos.

Os aspectos éticos são considerados, solicitando-se por escrito uma autorização da empresa, permitindo a realização do estudo (Apêndice G). Aos profissionais entrevistados, é solicitado um termo de consentimento livre informado, assinado ao final (Apêndice H). Para a confidencialidade dos mesmos, não são mencionados seus nomes e nem o nome da empresa, sendo-lhes garantida a possibilidade de desistência ou abandono do estudo em qualquer momento.

3.3 Caracterização do modelo de atendimento à saúde do trabalhador pós-afastamento temporário

Na terceira etapa, o modelo de atendimento é caracterizado, comparando-se os dados coletados com a bibliografia. Assim, é possível saber onde o programa se assemelha e onde difere dos modelos preconizados na literatura, verificando também seus acertos e suas limitações.

3.4 Sugestão de um modelo de Programa de Retorno ao Trabalho

Após a realização de todas as etapas precedentes, são recomendadas melhorias para o modelo de atendimento à saúde do trabalhador pós-afastamento temporário, sugerindo um modelo de Programa de Retorno ao Trabalho para o caso analisado.

CAPÍTULO 4 - RESULTADOS

4.1 Descrição da empresa-alvo

A empresa iniciou suas atividades no final da década de cinquenta, no interior do estado do Rio Grande do Sul, com a fabricação de esquadrias e depósitos de madeiras numa pequena serraria. Com o passar dos anos, a sociedade entre dois irmãos foi ampliando suas atividades. Atualmente, trabalha em diversos ramos da fabricação de móveis e outras atividades, como fornecimento de matéria prima para outras indústrias do estado e prestação de serviços no setor atacadista.

Hoje, na empresa trabalham aproximadamente 2400 funcionários, oriundos da própria cidade ou arredores. Em sua maioria, os funcionários são do sexo masculino com nível de escolaridade de primeiro grau incompleto. A idade média destes trabalhadores é de 25 anos. Esta faixa etária é resultado da redução dos funcionários antigos na empresa, relacionada à demanda constante por novos produtos na empresa, necessitando de capacitação distinta. A rotatividade dos funcionários ocorre por áreas, respeitando esta demanda apresentada pelo mercado.

Para a pesquisa foram entrevistados seis profissionais que participam da equipe de saúde e segurança da empresa, dos seguintes setores: Recursos Humanos, segurança do trabalho, medicina do trabalho, enfermagem do trabalho, ergonomista e fisioterapeuta. As entrevistas foram semi-estruturadas, realizadas individualmente. Exceto a entrevista com a ergonomista, que foi realizada em sua empresa de consultoria, os demais profissionais foram entrevistados em seu ambiente de trabalho na empresa, durante seu expediente.

4.1.1 Promoção da saúde e segurança na empresa

De acordo com as entrevistas, em geral, todos os funcionários entrevistados relatam que se sentem satisfeitos em trabalhar na empresa.

Todos os profissionais, sem exceção, em algum momento de sua entrevista, comentaram o crescimento rápido da empresa, que gera uma grande demanda de trabalho. Em sua fala, a médica do trabalho afirma que existe uma sobrecarga de trabalho. A técnica em segurança e o funcionário de recursos humanos dizem que existe uma exigência de produção muito grande na empresa, determinada por metas. Em relação à remuneração extra, existe um prêmio de horas, oferecido aos funcionários que sempre se apresentam pontualmente para o trabalho.

Segundo a técnica de segurança do trabalho, até há poucos anos atrás os funcionários trabalhavam com vestimenta muito informal. Acredita que o crescimento rápido da empresa, muitas vezes, não é acompanhado pela mentalidade das pessoas. Por outro lado, se sente desafiada a colaborar para o crescimento da empresa, pois não existe uma cultura pré-estabelecida. Expressa que tem autonomia para “pensar o seu trabalho”, decidir e se organizar de forma a responder as necessidades da empresa.

Sobre este crescimento, a ergonomista da empresa comenta que a fábrica é bastante antiga e houve um investimento muito grande na ampliação do parque industrial; sem necessariamente manter um investimento em tecnologia e atualização dos equipamentos. Agora estão iniciando algumas mudanças, citando o fato da empresa estar informatizada internamente há apenas dois anos. Afirma também que a empresa possui uma visão humanitária, no sentido de contemplar a saúde do trabalhador e a qualidade de vida, mas devido a sua amplitude, às vezes não é possível manter a estrutura física sempre adequada, o que acaba por interferir na saúde.

O início dos trabalhos de ergonomia na empresa ocorreu há quatro anos, para atender um setor com grande número de ocorrências de DORT (no entanto, estes dados não foram disponibilizados pela empresa), iniciando uma mudança e um trabalho de conscientização gradual. Junto com a ergonomia, foi introduzido o trabalho da fisioterapia, que procura atender os funcionários, assim que forem identificados sintomas de desconforto

muscular, dificultando a instalação de patologias. Sobre este atendimento precoce, as técnicas em segurança no trabalho e enfermagem afirmam que já existe uma cultura da chefia e dos funcionários em procurarem o ambulatório imediatamente ao surgimento de sintomas de fadiga.

Em sua entrevista, o funcionário do setor de Recursos Humanos (RH) atesta que, atualmente, a manutenção da ergonomia já faz parte do planejamento estratégico da empresa e, gradativamente, se estenderá para todos os setores. Segundo ele, o desenvolvimento do trabalho ao longo de quatro anos conquistou espaço e respeito, tanto dos funcionários como dos diretores da empresa. Afirma que os resultados alcançados através da introdução da ergonomia e fisioterapia são refletidos no alto índice de satisfação dos funcionários. Nas pesquisas de satisfação, realizadas periodicamente, são os itens que sempre alcançam as mais altas pontuações.

A ergonomista afirma que no começo de seu trabalho na empresa, ela e a fisioterapeuta eram recebidas com resistência pelas chefias. Quando visitavam o chão de fábrica, comentando que a chefia deveria tratar com atenção o funcionário em seu retorno ao trabalho, tal fato era visto como um problema. Com o tempo, conseguiram se integrar com a produção, ganhando confiança. Isto porque, muitas vezes, os cuidados permitiam ao funcionário produzir muito bem em uma determinada tarefa. Se isto não ocorresse, estudavam uma forma de trocá-lo de setor. Passaram então a ser vistas como aliadas da produção. Acredita que a realização destas trocas de funcionários entre os setores seria impossibilitada caso não recebessem apoio da chefia imediata.

A técnica de segurança e a ergonomista relatam que as decisões que envolvem fatores humanos são realizadas rapidamente, ao passo que as que envolvem custos precisam de comprovação de sua necessidade. A última afirma que se a demanda de ergonomia ocorrer num momento mais próspero da empresa, existe mais facilidade de implantá-la. Se o momento não se apresentar favorável, espera-se um pouco mais.

Segundo a ergonomista da empresa, as solicitações costumam ser encaminhadas diretamente para a direção da empresa. Estas são acompanhadas de um laudo resumido, contendo um estudo ergonômico e de três orçamentos. Normalmente, estas solicitações formais são atendidas pela empresa assim que for possível. As solicitações mais

complexas, como mudanças na jornada de trabalho, levam mais tempo para serem atendidas e necessitam ser discutidas.

Além dos cuidados com a saúde e segurança propiciados pelo Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) e ergonomia, possuem no ambulatório atendimento fisioterapêutico, odontológico e clínico geral. Os exames audiométricos periódicos são realizados com uma profissional que vai na empresa. Oferecem também um convênio com uma clínica médica, com diversas especialidades, sendo que este convênio pode ser estendido aos familiares, se assim o desejarem.

4.1.2 Riscos à saúde na empresa

Em consequência da diversidade de produtos realizados na empresa, os funcionários estão expostos a diversos riscos. De acordo com a médica do trabalho, o maior risco é com relação à ocorrência de DORT, tanto para lesões de membros superiores e coluna cervical como para lombalgias. De sua parte, a ergonomista resume os riscos em três focos principais. Um estaria relacionado com patologias de membros superiores e ombros, em setores que exigem uso da motricidade fina, como setor de costura. O segundo foco seria em lombalgias e lesões de membros inferiores, nos setores onde existe manuseio e transporte de cargas. O terceiro estaria voltado para os acidentes de trabalho, por causa do maquinário e riscos inerentes a seu uso. Porém, as prevalências não foram disponibilizadas para este estudo.

Atualmente, segundo o RH, fisioterapia e técnica de enfermagem, a empresa praticamente não tem mais afastamentos por DORT. Atribuem esta situação ao trabalho realizado pela ergonomia e fisioterapia na empresa.

A ergonomia, além de buscar a segurança, a produtividade e o conforto do trabalhador, procura orientá-los sobre saúde e segurança no trabalho, promovendo a exibição e discussão de vídeos explicativos, onde assistem a filmagens de si mesmos no trabalho, bem como de outros colegas. As atividades visam instrumentalizar os trabalhadores para diagnosticar e apresentar proposições de mudanças para problemas surgidos no cotidiano do trabalho, que afetam ou poderão afetar sua saúde.

A fisioterapia acolhe no ambulatório os casos de desconforto muscular e disfunções. Este atendimento precoce altera o curso de evolução dos sintomas para uma possível doença.

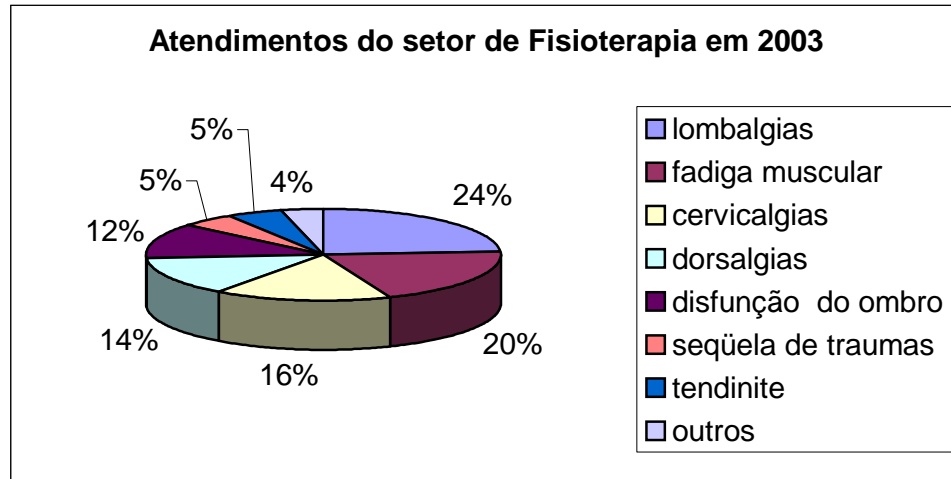


Figura 5: Gráfico da distribuição das patologias e disfunções dos trabalhadores atendidos no setor de Fisioterapia no ano de 2003.

Além do risco de DORT, os acidentes de trabalho são motivo de preocupação para a equipe. Segundo a técnica de enfermagem, apesar de todos serem acidentes de pouca gravidade, sua ocorrência gera insatisfação, uma vez que a empresa prioriza os cuidados com a saúde e segurança. Entre janeiro e julho de 2004, foram registrados 33 acidentes, seguindo seguinte distribuição entre os setores:

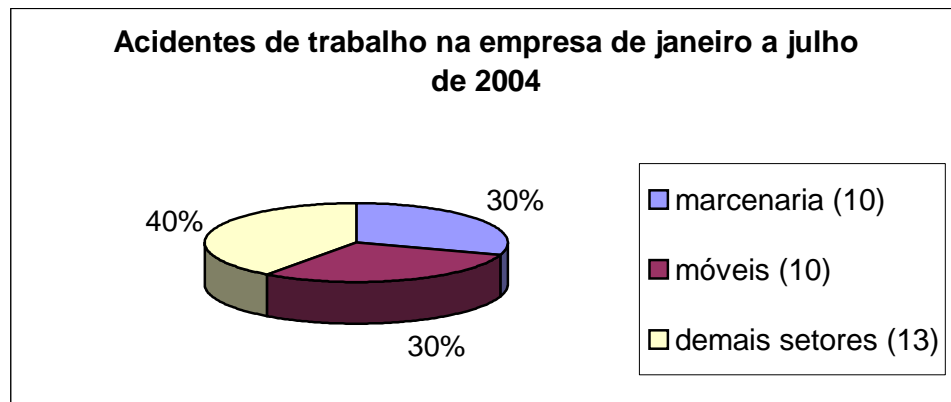


Figura 6: Gráfico da distribuição dos acidentes por setores.

Nos setores de indústria de móveis de madeira e marcenaria, onde ocorreram 20 acidentes no período citado, as partes atingidas seguem a distribuição de acordo com a figura abaixo.

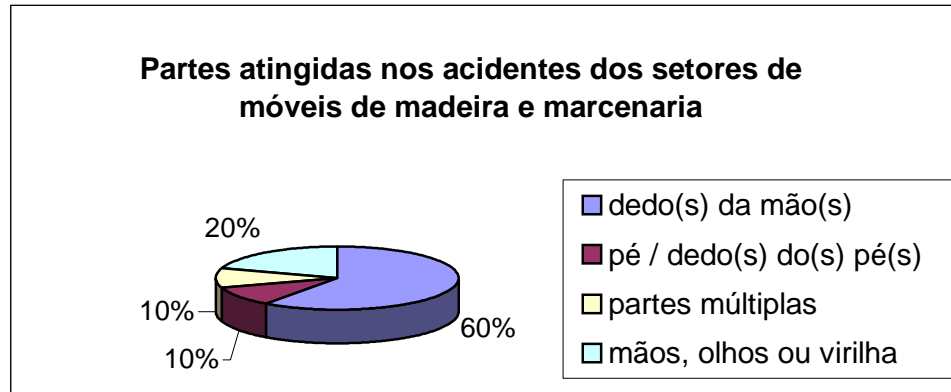


Figura 7: Partes atingidas nos acidentes dos setores de móveis de madeira e marcenaria.

4.2 Resultados da análise da demanda

De acordo com os dados colhidos, através das entrevistas aos diversos profissionais da saúde e segurança que trabalham na empresa, foram escolhidos dois setores a serem analisados. Como focos principais, estão as divisões de móveis de madeira e marcenaria, que apresentam a maior prevalência dos afastamentos do trabalho.

A divisão de móveis de madeira conta com aproximadamente 180 funcionários, enquanto a marcenaria possui 60 trabalhadores. A jornada de trabalho é de oito horas, sendo realizados dois turnos de trabalho. Tal regime foi adotado este ano, para evitar a sobrecarga dos funcionários com horas extras, como ocorria anteriormente. Estas duas divisões ocupam pavilhões contíguos, onde a marcenaria fornece parte da matéria prima para a fabricação de móveis.

A observação do espaço físico permite afirmar que as dimensões do ambiente são insuficientes para comportar com conforto a quantidade de funcionários e máquinas necessárias. Junto a alguns postos de trabalho, existe material em excesso esperando para ser processado, ocupando espaço da circulação. Segundo a ergonomista, frequentemente, são necessárias alterações no *layout* para buscar mais espaço. Afirma ainda, que a ampliação deste

parque industrial, já está projetada para daqui a um ano e meio, atendendo o crescimento da empresa. Nesta ocasião, uma parte do setor de móveis será ampliada e reformulada.

Além da falta de espaço, existe uma deficiência na iluminação e presença de poeira, resultado do trabalho com a madeira. A técnica de segurança afirma que nesses setores, além da aspiração de poeira, existe o risco de ruído, pela quantidade e tipo de máquinas utilizadas. No setor de marcenaria, este se deve ao trabalho de preparar a madeira. Nessa preparação também são utilizadas diversas máquinas, como serra circular, desempenadeiras, plainas, lixadeiras e serra fita. Esses equipamentos mais antigos proporcionam pouca proteção ao usuário, expondo ao risco de acidentes cortantes.

No setor de móveis, também existe uma diversidade de funções, com algum trabalho artesanal. Para a realização de alguns produtos, os funcionários utilizam prensas, lixadeiras manuais e serras. Em algumas etapas do processo necessitam utilizar cola e fazer pintura manual, com perigo de aspiração de gases químicos.

Nos dois setores-foco existe uma diversidade de funções que, segundo a técnica de segurança, em sua maioria não exigem muita habilidade, mas sim treinamento. De acordo com sua experiência, a função que exige mais habilidade é a pintura manual, responsável pelo acabamento das peças. Já a ergonomista afirma que os operadores das serras necessitam ter muita prática e habilidade, pois estão constantemente expostos ao risco de acidentes. Em relação à demanda cognitiva, os mais exigidos são os funcionários da usinagem, responsáveis pela programação das máquinas.

De acordo com a técnica de segurança, é muito difícil a adaptação de proteções nas serras, responsáveis por muitos acidentes, porque precisam realizar muitos produtos diferentes. Também existe uma prensa, com sistema de proteção muito rudimentar, dependendo da atenção do operador. Nesta máquina, já foi solicitada uma melhoria no sistema com a colocação de sensor com laser, mas por ser uma adaptação de custo mais elevado, ainda não foi implementada. Segundo a ergonomista, existe um problema sério de *design* das máquinas, que necessitam de muitas adaptações, para aumentar a segurança do usuário e adequá-las à estatura dos funcionários, mais altos devido a sua origem germânica.

O próximo foco da ergonomia será o setor de móveis de madeira, onde estão iniciando a formação do comitê. De acordo com a ergonômista de empresa, uma das questões objetivas para atender a demanda do setor é o estabelecimento da multifuncionalidade, que atualmente ocorre informalmente.

4.3 Apreciação do modelo de atendimento à saúde do trabalhador

Os resultados das entrevistas semi-estruturadas permitiram caracterizar o Programa de Retorno ao Trabalho da forma apresentada a seguir.

4.3.1 Composição da equipe

O SESMT é composto de um engenheiro e três técnicos de segurança, técnica em enfermagem e duas médicas do trabalho. A empresa terceiriza o trabalho da ergonômista e fisioterapeuta, e disponibiliza o atendimento de médico clínico no ambulatório. Esta equipe de trabalho se reúne mensalmente.

A ergonomia foi iniciada na empresa há quatro anos, em função da alta prevalência de DORT em um setor específico. O trabalho se ampliou, e hoje alguns setores possuem um Comitê de Ergonomia (COERGO). A idéia é estender os trabalhos da ergonomia aos poucos, pois existem divisões na empresa, tais como: indústria química, produção de solados e espuma para colchões, entre outros, englobando trabalhos muito diferentes.

Em sua entrevista, a técnica de enfermagem fala que sua função é fazer os primeiros socorros dos funcionários, tanto em caso de acidentes como ocorrências simples, e auxiliar / secretariar os médicos e fisioterapeuta no ambulatório. Já a médica do trabalho afirma que seu papel na equipe é o de fazer as medidas de prevenção ocupacional e gerenciar, de forma multidisciplinar, as demandas decorrentes desta função.

4.3.2 Comunicação e integração da equipe

De acordo com todos os profissionais entrevistados, existe uma boa relação entre os membros da equipe, que trabalham integrados. Segundo eles, todos estão sempre disponíveis e abertos à troca de informações. Além da comunicação informal realizada entre os profissionais, realizam uma reunião mensal. Apesar disso, em sua entrevista, a técnica de

segurança refere que a distância física entre o setor de segurança e o ambulatório médico deveria ser menor, para facilitar mais o trabalho em equipe.

4.3.3 Funcionamento do modelo de atendimento à saúde do trabalhador pós-afastamento temporário

De acordo com os dados coletados com os profissionais entrevistados, foi possível compreender como funciona o atendimento do funcionário, após a ocorrência de acidente de trabalho ou lesões do sistema músculo-esquelético.

Quando ocorre algum acidente de trabalho, o ambulatório e os técnicos em segurança do trabalho são chamados ao setor. Os primeiros cuidados são realizados pela técnica de enfermagem e, de acordo com a gravidade do ocorrido, o funcionário somente recebe curativo ou é encaminhado para um especialista. Nesse caso, a médica do trabalho emite a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) e o funcionário é afastado.

De acordo com os entrevistados, existe um procedimento padrão realizado no dia em que o funcionário volta à empresa após a alta do INSS. Estando legalmente apto para o trabalho, retorna a empresa entrando em contato com o setor de recursos humanos (RH), apresentando a alta médica. Nesse contato inicial, o funcionário já expõe ao funcionário do RH suas condições gerais e limitações. Se retornar sem queixas e sem lesão diagnosticada, é encaminhado diretamente ao seu posto de trabalho, sendo lembrado que deverá procurar o ambulatório caso apresente algum sintoma, para atendimento médico e fisioterapia.

Quando o trabalhador retorna com queixas ou sinaliza a existência de incompatibilidade com sua função, o RH faz um pré-contato com a chefia. Expõe a situação do funcionário e estimula a receptividade e colaboração para a resolução das dificuldades que se apresentem. Na etapa seguinte, o funcionário é encaminhado ao ambulatório médico, onde a enfermeira faz uma avaliação inicial e a médica do trabalho faz o exame de retorno.

Em caso de acidente de trabalho sem seqüelas importantes, o funcionário do RH acompanha o trabalhador de volta a seu posto, conversando com a chefia. Segundo a técnica de segurança, como a maioria dos acidentes são de menor gravidade, como lesões cortantes superficiais, os funcionários conseguem continuar trabalhando até no mesmo posto.

O funcionário do RH lembra que pelo fato da empresa possuir setores muito amplos, com atividades diversificadas, é priorizado o retorno ao mesmo setor. Acredita que facilita para o funcionário voltar ao ambiente conhecido, com o apoio dos colegas.

O esquema geral do atendimento na empresa ocorre seguindo algumas etapas, de acordo com a figura 8, logo a seguir.

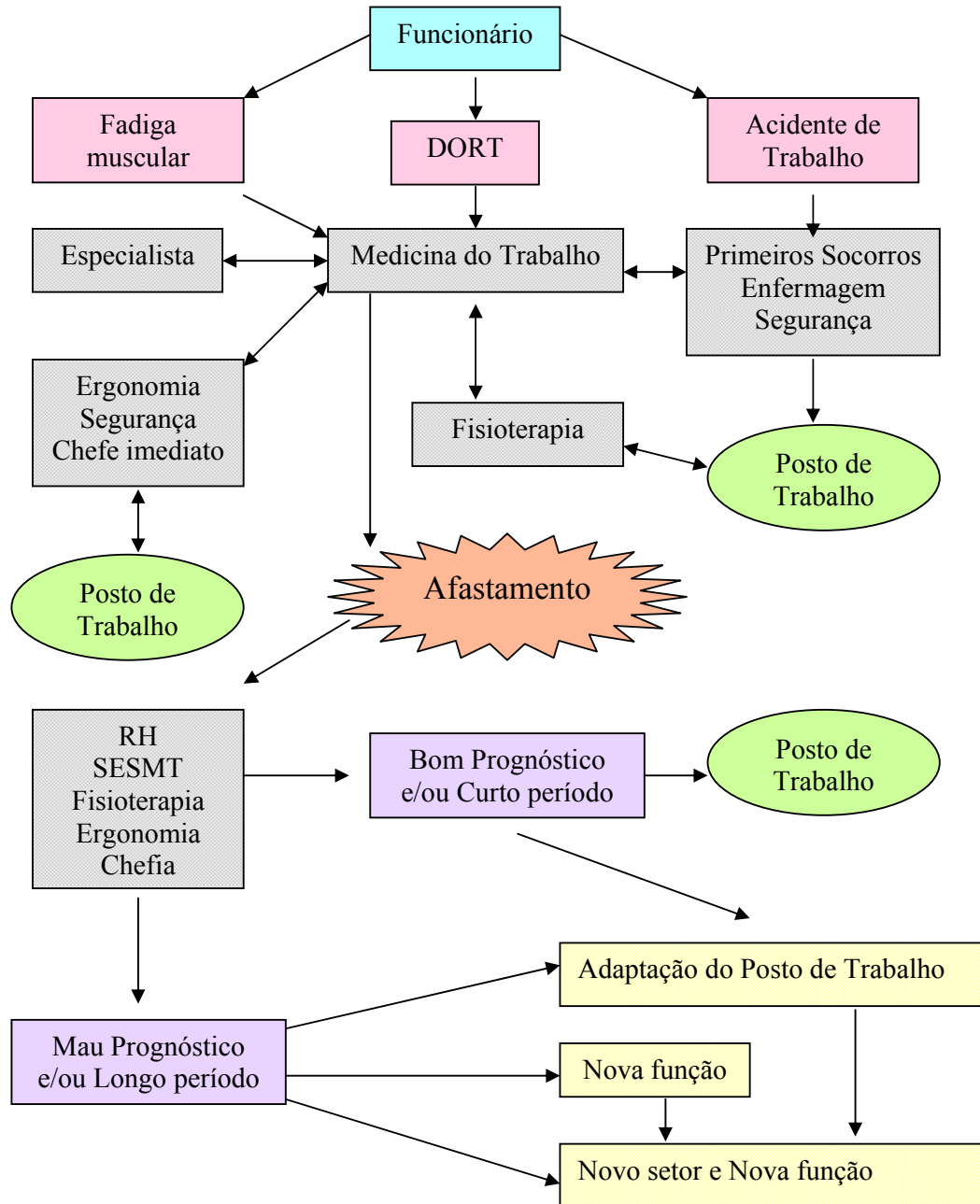


Figura 8: Fluxograma de atendimento do trabalhador com sintomatologia.

Quando o trabalhador retorna, após trauma de maior gravidade, geralmente os técnicos de segurança também são chamados para acompanhar o funcionário de volta ao seu setor.

Se o afastamento foi por patologia do sistema músculo-esquelético, depois de passar pelo exame de retorno, o funcionário faz uma avaliação com a fisioterapeuta, que verifica se houve perda da capacidade funcional, determinando a capacidade residual.

Em casos mais graves e quando o trabalhador retorna após longo período de afastamento, no início do expediente se faz uma reunião deste com o RH, ergonomista e chefia imediata. Com base no prontuário do trabalhador, a ergonomista explica como será o período de adaptação, informando que nas primeiras semanas poderá retornar o quadro álgico, necessitando de acompanhamento fisioterapêutico. O funcionário do RH fala da disponibilidade da empresa em recebê-lo de portas abertas, proporcionando todo o suporte necessário.

Nessa ocasião, o funcionário é consultado em relação ao seu desejo de retornar à mesma função, se isto for possível, ou ao mesmo setor. Segundo a ergonomista, a equipe deve estar atenta ao contexto, imaginando o possível receio do funcionário de retornar à mesma função ou setor que lhe causou desconforto, angústia ou sofrimento, tanto físico quanto psicológico. Assim, existe uma tentativa de todos os participantes de encontrar uma função possível, que o funcionário se sinta apto a realizar e que seja disponibilizado pela empresa.

Após a escolha de uma função possível, o grupo acompanha o funcionário até o posto, onde este visualiza a função. Ocorre então sua introdução no setor, explicando a todos suas dificuldades e a necessidade de respeitar o seu retorno gradual. Neste período, não deve ser exigido a mesma produtividade anterior ao afastamento, e nem a demanda contabilizada. Os colegas e chefia imediata devem estar cientes deste processo para colaborar com a reabilitação.

Em alguns casos, se faz uma combinação com a chefia de fazer uma divisão de tarefas, alternando uma tarefa considerada mais leve com outra mediana ou difícil. Segundo a ergonomista, estes acordos são realizados em comum acordo, escritos, assinados (chefia e

funcionário) e anexados no prontuário. Isto compromete ambas as partes com o acordo, e com a tentativa de cumpri-lo. Na medida em que ocorra melhora funcional do trabalhador este acordo deve ser revisto. Os funcionários são orientados a conversar com a chefia e procurar o ambulatório caso exista alguma dificuldade. Outros funcionários recebem acompanhamento semanal quando realizam fisioterapia.

De acordo com todos os entrevistados, não existem impedimentos para que o funcionário troque de função ou setor. Esta facilidade é atribuída, pelo RH e medicina do trabalho, ao trabalho da ergonomista, que conseguiu, ao longo do tempo na empresa, convencer a chefia da necessidade das mudanças. Segundo a ergonomista, as trocas de setor são facilitadas pelo fato de todos saberem da importância da ergonomia para a empresa. Afirma que percebe a diferença nítida da chefia nos setores em que existe o comitê de ergonomia (COERGO), em relação aos outros, onde foram resolvidas somente questões pontuais. Mas, de qualquer forma, sempre é possibilitada a resolução das dificuldades, porque existe uma atuação estratégica e global da ergonomia dentro da empresa.

Os supervisores podem compreender então que não adianta haver uma orientação médica e ergonômica, se não existir o respeito às limitações do trabalhador. Segundo o funcionário do RH, a arraigada mentalidade industrial de estar focada somente na produção deve ser constantemente trabalhada, pois pode causar muitos danos à saúde de seus funcionários. Existe a preocupação em difundir a cultura do funcionário satisfeito, responsável pela diminuição de recidivas e causar novo afastamento. Afirma que, mesmo que as chefias imediatas compreendam a necessidade de diminuir as exigências de produção, às vezes apresentam dificuldades em lidar com o trabalhador.

A readaptação do trabalhador pode exigir modificações para adequar o posto de trabalho. Nesta tarefa, os funcionários têm autonomia para estudar as mudanças, solicitar auxílio do comitê de ergonomia (se já houver na divisão) ou chamar a ergonomista da empresa. Para realizar estas adaptações, segundo o funcionário do RH e ergonomista, possuem um auxílio muito importante do setor de manutenção. As alterações necessárias são assim efetuadas com eficácia. Ambos citam um profissional da manutenção como “Professor Pardal”, um funcionário antigo que consegue interagir com o operador, pensar em soluções e realizar com habilidade as adaptações necessárias. Acreditam que a existência deste funcionário-chave agiliza este processo.

A principal dificuldade encontrada no retorno do funcionário ao trabalho, segundo a fisioterapeuta, é a adaptação deste a sua nova condição funcional. Acredita que a dificuldade maior ocorre quando o funcionário precisa mudar para uma função considerada inferior. Relata ainda que existem casos em que o funcionário afastado muda para outros setores, mas acaba retornando ao seu setor de origem, para realizar o trabalho que mais gosta.

4.3.4 Avaliação do modelo de atendimento e do trabalho da equipe de saúde e segurança

A médica do trabalho acredita que, para melhorar o trabalho da equipe, falta tempo, pois estão sempre correndo atrás das exigências de produção. Acredita que a equipe possui todos os profissionais necessários, dentro da empresa e terceirizados, e que todos os envolvidos se esforçam para o bom funcionamento do modelo.

Na opinião do funcionário do RH, o que falta ainda é quebrar alguns paradigmas, principalmente na área da medicina. Relata que, em sua opinião, todos os membros da equipe de saúde da empresa devem visitar o chão de fábrica, capacitando-os para compreender mais o trabalho dos funcionários. Acredita que isso também colabora para demonstrar a disponibilidade e aumentar a coesão da equipe.

Já a ergonomista acredita que o atendimento funciona muito bem. Para ela, a equipe realiza um bom acompanhamento do funcionário, mas que carece de formalização. Nos últimos tempos, relata que já estava sentindo a necessidade de criar um protocolo de acompanhamento oficial. Também refere a falta de um profissional da área da psicologia, em função da carga emocional que acompanha o funcionário afastado, que passou por todo um processo de sofrimento, bem como da necessidade presencial maior do profissional da medicina na reunião de retorno. Os demais profissionais acreditam que o trabalho está muito satisfatório, e não sugeriram nenhuma alteração.

De outra forma, os profissionais questionados se declaram favoráveis ao Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP), exigido pelo governo desde 2003. Este documento é emitido para funcionários que são expostos a riscos geradores de aposentadoria especial (riscos ergonômicos, físicos, químicos e biológicos). Existe um nível de tolerância máxima à exposição ao risco e um nível de ação, que corresponde à metade do nível de tolerância. O

PPP é emitido quando se alcança o nível de ação. No caso da aposentadoria especial, a exposição aos riscos deve ser permanente, não eventual.

A médica do trabalho afirma que esta medida de controle do governo protege um pouco mais a saúde do funcionário, na medida em que facilita a fiscalização dos órgãos governamentais evidenciando as empresas que não trabalham de forma adequada. Assim, a empresa que expõe mais seus funcionários a riscos deve pagar mais imposto. Segundo ela, muitas empresas somente compreendem a “linguagem do dinheiro”, isto é, quando são punidas financeiramente. O PPP então permite ao governo saber quais empresas estão agravando a saúde de seus funcionários.

De acordo com o funcionário de RH, ao realizar a descrição de funções necessárias ao PPP, acabam fazendo um mapeamento das funções, facilitando uma visão global da empresa. Acredita que esta descrição de funções, que antes somente existia em um setor da empresa, facilitará o enquadramento do funcionário em outra função após o afastamento.

4.4 Caracterização do modelo de atendimento à saúde do trabalhador pós-afastamento temporário

Os dados obtidos, através das entrevistas com os profissionais da equipe de saúde e segurança, quando confrontados com a literatura, possibilitaram a caracterização do modelo adotado pela empresa-foco.

A discussão é baseada nas diferenças e semelhanças entre as etapas preconizadas pelos principais programas de retorno ao trabalho encontrados na revisão bibliográfica (WCBBC, 2004; GCRM, 2004; NYSIF, 2004; BCE, 2003; WCBNS, 1999; BERNACKI et al., 1996), resumidos no quadro que compõe a figura 3, que foram sintetizados em um único modelo. Também se utiliza como referência os conceitos adaptados de Chandler (2003), para os programas de retorno ao trabalho que consideram avançados, apresentados resumidamente na figura 2. Esses dois referenciais teóricos são comparados, através de um quadro, com o programa realizado na empresa-foco, constituindo a figura 9.

| | Modelo baseado nos programas da revisão | Modelo avançado de Chandler | Modelo analisado |
|--|---|---|------------------|
| Etapa Pré-implementação | | | |
| Comprometimento da empresa com o programa | Sim | Colaborativo, com decisões sistemáticas | Não |
| Seleção de comissão e / ou coordenador do programa | Sim | Funcionários dedicados | Não |
| Discutir o programa, formulando objetivos, procedimentos, atribuições dos participantes com registro escrito | Sim | Sim | Não |
| Programa Integrado: prevenção e reabilitação, com Banco de dados | Sim | Sim | Não |
| Comunicação entre a equipe de trabalho | Sim | Sim | Sim |
| Envolvimento, educação ou treinamento de supervisores, gerentes e trabalhadores e divulgação do programa | Sim | Sim | Parcial |
| Pré- identificação de processos e postos de trabalho | Sim | Sim | Informal |
| Etapa de Implementação | | | |
| Atendimento e comunicação imediata, com relatório e investigação de acidente | Sim | Sim | Sim |
| Análise da capacidade funcional | Sim | Sim | Sim |
| Análise das tarefas do trabalho / demanda física | Sim | Sim | Às vezes |
| Adaptação do posto de trabalho / modificações ergonômicas | Sim | Sim | Sim |
| Plano de retorno ao trabalho escrito | Sim | Sim | Às vezes |
| Acompanhamento da evolução do trabalhador | Sim | Sim | Às vezes |
| Compromisso com a recuperação | Sim | Sim | Às vezes |
| Relacionamento entre a equipe de trabalho | Satisfatório | Colaborativo e integrado | Satisfatório |
| Etapa Pós-implementação | | | |
| Evolução do programa escrita | Sim | Sim | Não |
| Reuniões regulares com os envolvidos | Sim | Não informado | Não |
| Avaliação periódica do programa | Sim | Sim | Não |
| Nível de satisfação dos funcionários com o programa | Não informado | Alto | Não avaliado |

Figura 9: Quadro comparativo entre a síntese dos modelos de PRT encontrados na literatura, os conceitos relacionados aos programas avançados, segundo CHANDLER (2003) e o modelo da empresa-foco.

Etapa Pré-implementação

De acordo com os programas revisados e o modelo de programa avançado proposto por Chandler (2003), existem vários princípios que devem estar definidos antes da implementação do programa de retorno ao trabalho propriamente dito.

Inicialmente, deve existir o comprometimento da empresa com o programa. Segundo todos os profissionais que participaram deste estudo, existe na empresa a cultura de valorização do trabalhador, incluindo a promoção de sua saúde e segurança, através de medidas preventivas e curativas. Isto se confirma também pela presença da empresa terceirizada, que acrescenta a ergonomia e a fisioterapia aos cuidados considerados básicos à saúde dentro da empresa. Apesar disso, o atendimento do trabalhador pós-afastamento temporário não funciona para todos os casos, tanto que a ergonomista, em sua entrevista, afirmou desconhecer os atuais afastamentos por acidentes de trabalho. Portanto, ocorre em alguns casos selecionados, não tendo uma atuação sistemática.

Para facilitar a gestão do programa de retorno ao trabalho, intermediando a relação entre os participantes, as publicações citam a necessidade de nomear uma comissão e/ou um coordenador para o mesmo. Na empresa-foco, acredita-se que isso não seja necessário, pois, segundo as entrevistas, apesar da participação de toda a equipe, o retorno tem como protagonistas, além do próprio funcionário afastado, a ergonomista e a fisioterapeuta, que prestam serviço terceirizado. Isso, devido ao fato do programa estar centrado na adaptação do trabalho às necessidades atuais do funcionário, transitórias ou permanentes.

Ainda nessa etapa de preparação, é fundamental que o programa seja discutido na empresa, sejam formulados objetivos, procedimentos e atribuições dos participantes. Essa estrutura deverá ser descrita, de forma simples e clara. Na empresa-foco, o modelo de atendimento realizado é informal. Portanto, sua estrutura aparece bem clara no discurso de alguns profissionais, como o funcionário do RH, ergonomista e fisioterapeuta. Para outros, como a técnica de segurança e a de enfermagem, não existe uma concepção do mesmo como modelo de atendimento, mas sim como medidas de auxílio ao funcionário.

Além da formalização do programa, os modelos da literatura sugerem que esteja disponível em um banco de dados, junto com todas as informações relativas aos programas relacionados à saúde e segurança. Na empresa estudada não existe tal banco de dados, uma vez que atendimento ao afastado é informal.

Em estudo canadense dos PRT, Stock et al.(1999) afirmam que devem ter sua gestão integrada aos programas de prevenção de acidentes e lesões ocupacionais. Assim, as mesmas pessoas envolvidas com atividades preventivas deverão se envolver na implementação do programa de retorno ao trabalho. Segundo este mesmo estudo, a criação de um banco de dados com opções de funções temporárias possíveis, baseados em princípios ergonômicos e de acordo com o local da lesão, facilita a identificação de trabalho adequado pelo supervisor.

Outro ponto considerado importante na preparação de um PRT é o envolvimento, educação ou treinamento de supervisores, gerentes e trabalhadores, assim como a divulgação do programa na empresa. A comunicação e integração da equipe de saúde e segurança e a produção em si estimulam a participação ativa e responsável no programa, facilitando quaisquer modificações necessárias para que o funcionário retorne ao trabalho (STOCK et al., 1999). Além disso, os gerentes de produção devem ter como uma das prioridades a prevenção, percebendo a relação entre demanda física e organização do trabalho com as lesões ocupacionais. Devem estar comprometidos com a redução do número de lesões e com a prevenção da incapacidade.

Segundo Chandler (2003), na estrutura dos programas avançados existe um treinamento constante de supervisores e gerentes, para que se mantenham informados sobre os riscos à saúde e segurança e processo de reabilitação, de forma a respeitar as restrições apresentadas pelo funcionário. Estes também devem estar capacitados para a identificação de problemas e proposição de soluções, em comunicação constante com a equipe de saúde e segurança.

Ainda analisando a estrutura do modelo de atendimento à saúde realizado na empresa, segundo as entrevistas do funcionário do RH e ergonomista, existe uma comunicação fácil com a diretoria e com todos os supervisores, facilitando casos nos quais o funcionário necessita trocar de setor, muitas vezes realizando uma função diferente da

original. Segundo eles, sempre existe uma preocupação com a conscientização de chefes e supervisores acerca dos cuidados com a saúde dos funcionários, tanto no que diz respeito à prevenção, como na recepção do funcionário lesionado. Em relação à realização das trocas de funcionários entre os setores, existe uma facilitação nos setores onde existe o comitê de ergonomia. Nestes casos, onde há mais informação também existe maior autonomia dos funcionários, que são capazes de realizar adaptações por conta própria.

Na empresa, a pré-identificação de postos e processos de trabalho, recomendada por vários autores (NYSIF, 2004; CHANDLER, 2003; WCBNS, 1999), não está registrada. Apesar disso, como todos os profissionais da equipe trabalham na empresa no mínimo há quatro anos, possuem um conhecimento das opções existentes na empresa. A ergonômista, o funcionário do RH e a médica do trabalho relataram que, logo após a avaliação do trabalhador que retorna, através de suas queixas e de sua capacidade funcional, já têm uma noção de onde este poderá ser integrado.

Etapa de Implementação

Nesta etapa, existem diversos procedimentos considerados essenciais para que se alcance o resultado final desejado com o programa, de promover o retorno do trabalhador com a melhor qualidade de recuperação e produtividade possível.

Os primeiros procedimentos desta etapa de implementação são o atendimento do funcionário lesionado ou acidentado e a comunicação imediata ao programa, considerados por Chandler (2003) como uma dos pontos críticos para o sucesso do programa. Em caso de acidente, deve ser feito relatório de investigação. Estes itens são considerados importantes para o prognóstico do paciente uma vez que, através do acompanhamento, a empresa demonstra ao funcionário que ele está amparado, motivando e incentivando sua recuperação (BARIL et al., 2003; WCBNS, 1999).

No caso da empresa-foco, essa comunicação no dia da lesão não ocorre, pelo fato do atendimento não ser formalizado. Em caso de acidente de trabalho, após a realização dos primeiros atendimentos, o funcionário é afastado e no seu retorno são avaliadas suas capacidades funcionais.

No caso de sintomas ou lesões do sistema osteomuscular, assim que estes se iniciam, os funcionários são orientados a procurar o ambulatório médico, onde são encaminhados para a fisioterapeuta e esta, se necessário, consulta a ergonomista. Este atendimento multidisciplinar precoce, na maioria das vezes, impede que os sintomas evoluam para um diagnóstico mais crítico de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho.

Três procedimentos essenciais na etapa de implementação são a análise da capacidade funcional do trabalhador, a análise da demanda física do trabalho e a adaptação do posto de trabalho. O confronto das análises permite inferir quais serão as adaptações necessárias para o seu retorno, assim como saber para qual demanda de trabalho deverá ser preparado. No programa estudado, a capacidade funcional do trabalhador é determinada pela médica do trabalho e pela fisioterapeuta. A análise da demanda física do trabalho é realizada pela ergonomista ou pela fisioterapeuta, nos casos que consideram mais difíceis. As adaptações são estudadas pela ergonomista e o próprio trabalhador.

O passo seguinte é a elaboração do plano de retorno ao trabalho, que deverá ser descrito. Na empresa-foco, somente estão registradas as avaliações realizadas no retorno do funcionário, tanto da médica do trabalho quanto da fisioterapeuta, e de acordos firmados para adaptar os casos mais difíceis. Nestes casos, o funcionário, chefe imediato e ergonomista fazem uma combinação do trabalho que será realizado. Esta combinação é descrita e assinada por todos, permanecendo no prontuário médico.

Dois componentes que constituem os programas, considerados críticos para sua boa evolução, segundo Chandler (2003), são o acompanhamento da evolução do funcionário e o compromisso com sua recuperação. Esses merecem algumas considerações, feitas a seguir.

Uma diferenciação inicial entre os programas revisados na literatura e o PRT da empresa estudada relaciona-se ao caráter da reabilitação e ergonomia. Entre os seis programas apresentados na revisão bibliográfica, cinco apresentam um modelo onde a reabilitação é realizada externamente à empresa. Somente o programa ligado a um hospital possui atendimento fisioterapêutico próprio. Segundo Stock et al.(1999) e WCBNS (1999), um dos problemas mais comuns enfrentados pelos programas relaciona-se com a falta de comunicação entre a empresa e o profissional ou equipe responsável pela reabilitação. Dessa forma, os modelos de PRT apresentam estratégias para estabelecer esta comunicação.

No caso da empresa estudada, a reabilitação e ergonomia estão presentes na fábrica através de uma empresa terceirizada. Muitas vezes, a fisioterapeuta é chamada ao chão-de-fábrica para acompanhar o trabalho dos funcionários. Também é responsável pela avaliação funcional, realizada após a avaliação médica, que serve de base para a posterior escolha da função. A bibliografia destaca a importância da precocidade do tratamento de reabilitação, adequado ao caso e a determinação precisa da capacidade funcional atual do paciente/trabalhador, que permite encontrar a melhor função para esta fase (WSIB, 2000; ROBINSON, 1997). Segundo Amell (2001), esta integração entre a equipe responsável pela reabilitação ocupacional com os demais setores envolvidos proporciona ao funcionário um resultado mais eficiente no tratamento.

Um aspecto particularmente positivo da empresa-foco, que colabora para a recuperação do trabalhador, é a existência de variadas opções de função dentro de cada setor e na empresa em geral. Esta variedade auxilia muito para o sucesso do programa, permitindo que se encontre alguma opção de função que respeite a capacidade funcional do trabalhador, tornando-o produtivo, trazendo benefícios para si e para a empresa.

Segundo Chandler (2003), nos programas mais avançados o relacionamento entre a equipe de trabalho é colaborativo e integrado. Estes adjetivos são citados pelos entrevistados da empresa-foco para caracterizar a forma de trabalho da equipe.

Etapa Pós-implementação

Nessa etapa, segundo a bibliografia, a evolução do Programa de Retorno ao Trabalho formalizado, deve ser registrada e acompanhada através de reuniões regulares entre a equipe de trabalho. O programa também deverá ser avaliado periodicamente, procurando seus acertos e dificuldades, para que possa melhorar seus resultados. Nenhum destes itens é realizado na empresa-foco.

No último item, deve existir um alto nível de satisfação dos funcionários com o programa. Em relação a esse item, na empresa estudada não existe uma avaliação específica do programa. Mas, segundo o funcionário do RH, em todas as vezes que são realizadas pesquisas de satisfação, os níveis mais altos relacionados pelos funcionários sempre correspondem à ergonomia e fisioterapia.

O modelo de atendimento realizado na empresa pode ser considerado satisfatório em diversos aspectos se comparado aos modelos descritos na literatura. Apesar disso, necessita ser formalizado e cumprir os procedimentos anteriores e posteriores a sua implementação. Estas etapas serão descritas mais adiante, quando será sugerido um novo modelo para a empresa.

Um dos acertos do modelo está na forma de como são realizadas as adaptações necessárias para o retorno do funcionário, para o seu próprio posto de trabalho, para a escolha de nova função ou escolha de novo setor e nova função, com a participação de todos os envolvidos. Segundo Stock et al. (1999), os trabalhadores cooperam com as adaptações de função e posto quando as propostas respeitam os princípios ergonômicos, capacidade funcional e, principalmente, a sua própria opinião sobre a capacidade de realizar determinada tarefa.

Estas adaptações, que respeitam a capacidade funcional atual do funcionário permitem que este tenha um retorno gradual, através da redução da demanda de trabalho para a região afetada, fazendo com que tenha tempo para o repouso enquanto faz sua reabilitação. Essas medidas possibilitam um aumento gradativo da tolerância às atividades. Para os pacientes crônicos ou com quadros muito agudos de dor, estas modificações das tarefas do trabalho podem oportunizar a restauração funcional, respeitando um limite seguro de demanda de trabalho tolerável pelo paciente (FEUERSTEIN et al., 2003).

Segundo os princípios preconizados pelos modelos de programas selecionados na revisão (WBC, 2004; GCRM, 2004; NYSIF, 2004; BCE, 2003; WCBNS, 1999; BERNACKI et al., 1996) e as características do programa analisado, segundo o modelo de Chandler (2003), será sugerido um Programa de Retorno ao Trabalho para a empresa.

4.5 Sugestão de um modelo de Programa de Retorno ao Trabalho

Para aumentar a eficiência do modelo estudado, deverão ser tomadas algumas medidas precedentes a sua implementação. O primeiro passo deverá ser a sua formalização, após a discussão de sua estrutura pela equipe de saúde e segurança, assim como as atribuições de cada envolvido. Todas as decisões e etapas deverão ser escritas e documentadas,

constituindo, juntamente com as informações sobre os demais programas de saúde e segurança da empresa, um banco de dados, de fácil acesso a todos os envolvidos.

O programa também deverá ser incluído no trabalho global da gestão da saúde e segurança. Deverá ser especificada a inclusão de todos os funcionários que sofreram afastamentos, por acidentes ou lesões, ou que possuam diagnóstico de DORT.

Ainda nesta fase, será necessário fazer uma pré-identificação dos processos e dos postos de trabalho mais leves ou variados de cada setor. Estes postos deverão estar registrados como sugestões possíveis, no caso de algum funcionário necessitar de adaptação nas tarefas do trabalho ou troca de função. São funções ou combinações possíveis para facilitar a inclusão do funcionário no processo produtivo.

A pré-identificação dos postos de trabalho poderá ser realizada utilizando como base o modelo de Análise da Demanda de Trabalho (anexo A), adaptado de *Workers' Compensation Board of Nova Scotia (1999)*, composta de cinco itens. No primeiro, a função é identificada, com a capacitação necessária e um resumo das atividades nela realizada. O item seguinte apresenta um quadro detalhado para fazer a análise da demanda física do trabalho. O item três apresenta espaço para relacionar as ferramentas, equipamentos ou máquinas utilizadas, assim como uso de proteção individual. A descrição resumida das condições ambientais (temperatura, ruído, presença de pó, etc.) compõe o quarto item. A quinta e última parte solicita uma descrição resumida dos constrangimentos da função / setor. Esta análise poderá ser realizada pela ergonomista ou fisioterapeuta, observando e consultando o funcionário e supervisor.

O tipo de acompanhamento e cuidado oferecido ao funcionário pelo programa deverá obedecer à gravidade e prognóstico. Após o diagnóstico de lesão ou ocorrência de acidente, que tenha um bom prognóstico, de pouca gravidade, o funcionário será avaliado pela médica do trabalho e pela fisioterapeuta, que realizará a avaliação funcional, determinando a capacidade funcional atual. Caso exista pouca limitação e o funcionário se sinta apto, poderá retornar ao seu setor.

Caso persistir alguma dúvida em relação à possibilidade de exercer sua função, o funcionário deverá ser acompanhado até seu posto de trabalho pela ergonomista ou

fisioterapeuta, que poderão fazer a investigação da função com o modelo de Adaptação Temporária do Trabalho (anexo B), adaptado de *Guideone Center for Risk Management* (2004). O preenchimento é realizado em conjunto com o funcionário e seu supervisor, sanando as dúvidas em relação à capacidade funcional para a função. Em seguida, formaliza o acordo com o supervisor, comprometendo-o com o programa.

O modelo de Adaptação Temporária do Trabalho é composto de cinco itens. O primeiro solicita ao funcionário e supervisor a listagem das tarefas essenciais da função. Ao lado, existe um espaço para que a profissional da saúde marque se a tarefa respeita a capacidade funcional ou está contra-indicada. Este princípio também rege o segundo item, que avalia a demanda física exigida. Neste, estão resumidamente listadas posições e ações que podem ser exigidas ou não do funcionário, assim como o uso de equipamentos do setor. Os itens seguintes solicitam a descrição de outras restrições médicas que devem ser respeitadas e a existência de outras opções de tarefas no setor. O item final deste modelo trata da descrição do Plano de Retorno ao Trabalho, contendo as adaptações e número de horas a serem trabalhadas. Constitui então um acordo, que deverá ser assinado, entre o trabalhador, supervisor e equipe de saúde.

Nos casos em que o trabalhador apresente muita limitação funcional ou tenha necessitado de longo afastamento, além da boa recepção assegurada pelo funcionário de recursos humanos e das avaliações da médica e da fisioterapeuta, o funcionário deverá ser cuidadosamente entrevistado. Deverá se determinar, em comum acordo, se poderá retornar ao mesmo setor, pela possibilidade de realizar a adaptação temporária do trabalho e pô apresentar condições psico-emocionais para tal. Caso exista vontade e possibilidade, passará pela avaliação e acordo em relação à adaptação temporária do trabalho, sendo acompanhado por um membro da equipe até o setor, sendo então firmados os acordos necessários entre os envolvidos.

A evolução da capacidade funcional do trabalhador deverá ser acompanhada formalmente através de dois modelos de acompanhamento, adaptados do *Bureau Des Conseillers Des Employeurs* (2003). No primeiro, se registra a evolução semanal esperada do Plano de Retorno ao Trabalho proposto, bem como as adaptações necessárias (anexo C). No segundo, o Diário de Acompanhamento do Funcionário (anexo D), como o nome já explica, a

evolução é diária, confirmando as horas trabalhadas ou não, os problemas encontrados e suas soluções.

Quando o trabalhador necessitar de fisioterapia, o acompanhamento da evolução poderá ser feito diretamente pela fisioterapeuta. Se não necessitar mais de reabilitação, somente de readaptação, poderá ser acompanhado por outro profissional da equipe. Caso exista necessidade de troca de setor, deverá se buscar os dados gerados através da pré-identificação dos processos e postos de trabalho, explicados anteriormente. A empresa também deverá ter um banco de dados, com acesso para toda a equipe, de todas as informações relativas à saúde e segurança da empresa, incluindo o Programa de Retorno ao Trabalho. Deverá estar estruturado, seguindo as decisões e regras estabelecidas pela equipe, incluindo também a pré-identificação dos postos de trabalho, facilitando e sustentando a tomada de decisões.

Pode-se depreender que é muito importante que o programa formalizado seja divulgado para os funcionários, bem como sua eficácia seja avaliada periodicamente por todos os envolvidos, incluindo do nível de satisfação dos funcionários com o programa.

A etapa de pós-implementação permite a realização de alterações nas demais etapas do programa, visando alcançar os seus objetivos.

O fluxograma do PRT proposto, apresentado na figura 10, permite visualizar as etapas necessárias para sua implementação e como ocorre sua interação. A figura 7 é apresentada na página a seguir.

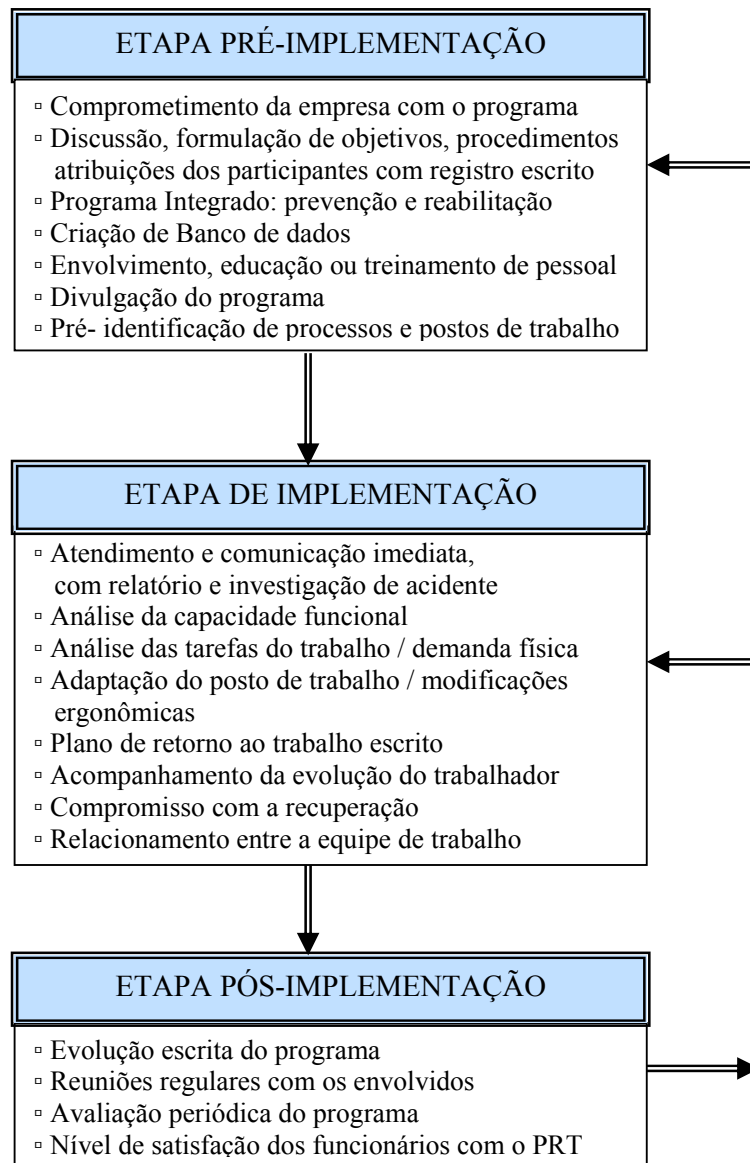


Figura 10: Fluxograma do Programa de Retorno ao Trabalho proposto.

Em resumo, o Programa de Retorno ao Trabalho deve sempre apresentar uma solução para o retorno do trabalhador ao processo produtivo, independente dos problemas que se apresentem. Para tal, é necessária a disposição da empresa em realizar as mudanças necessárias e a capacitação da equipe de saúde e segurança. Essa deve trabalhar para difundir os princípios estabelecidos pelo programa, integrando a prevenção e a reabilitação na promoção da saúde e bem-estar do trabalhador.

CAPÍTULO 5 - CONCLUSÃO

O objetivo deste trabalho é de contribuir para a melhoria de programas de retorno ao trabalho após acidentes e lesões ocupacionais, sendo cumprido satisfatoriamente através do estudo de caso. Foi possível realizar um levantamento dos problemas de saúde e segurança da empresa e avaliar o modelo de atendimento à saúde do trabalhador pós-afastamento temporário, identificando seus pontos fortes e fracos. De posse destes dados, foi possível indicar, com base nos modelos teóricos existentes, melhorias para o atendimento e sua formalização, sob forma de um Programa de Retorno ao Trabalho.

A realização dos objetivos específicos possibilitou a recomendação de melhorias para o programa, com base nos modelos teóricos existentes. Desta forma, atingiu seu objetivo geral, apresentando uma contribuição para a qualificar os Programas de Retorno ao Trabalho após acidentes e lesões ocupacionais.

Com relação à metodologia empregada, esta foi adequada aos objetivos propostos. A principal dificuldade encontrada foi a pouca disponibilidade de tempo dos profissionais envolvidos com o programa para responder as entrevistas. Porém, isto não influenciou nos resultados obtidos.

5.1 Considerações com relação aos resultados e ao Programa de Retorno ao Trabalho

O modelo de programa realizado na empresa demonstra ser satisfatório, porém não está formalizado e necessita de melhorias.

Há a carência de uma etapa de preparação, na qual o Programa de Retorno ao Trabalho adotado pela empresa deverá ser discutido pela equipe de saúde e segurança ocupacional, estabelecendo sua estrutura e procedimentos, bem como as atribuições de cada participante. Também deverá ser organizado um banco de dados com informações gerais sobre todos os programas de saúde e segurança da empresa, incluindo o PRT. Este deverá conter todas as informações sobre o mesmo, assim como opções disponíveis para realização de trabalho adaptado, através da pré-identificação de processos e postos de trabalho.

A etapa principal, relacionada aos encaminhamentos e decisões tomadas para proporcionar ao funcionário o retorno à capacidade produtiva e reabilitação funcional, funciona de modo satisfatório. Esta, porém, deverá ser registrada, assim como o acompanhamento do funcionário.

Por último, o programa deverá ser avaliado periodicamente através dos resultados gerados, colaborando para a correção de problemas relacionados à saúde e segurança em quaisquer níveis de sua ocorrência, principalmente na sua prevenção.

O programa avaliado tem todas as possibilidades para evoluir e realizar as proposições de melhorias. Principalmente, os profissionais demonstraram seu comprometimento com a promoção da saúde e segurança no ambiente de trabalho, apoiados pela diretoria da empresa. Outro fator positivo relaciona-se à variedade de processos realizados na empresa, que, se bem avaliados, possibilitam a inclusão de funcionários com diversos tipos de limitações funcionais, sejam elas provisórias ou permanentes.

Neste trabalho, o modelo de retorno foi vinculado aos acidentes de trabalho e DORT, que foi a demanda apresentada pela empresa. Na verdade, pode ser adaptado para contemplar qualquer tipo de lesão ocupacional ou auxiliar na inclusão de indivíduos portadores de necessidades especiais.

O chamado mundo do trabalho permite a inclusão social e uma série de benefícios indiscutíveis aos indivíduos. Desta forma, todos podem ser produtivos, basta que se descubram suas potencialidades, intelectuais e funcionais.

5.2 Considerações para estudos futuros

Os problemas, ou melhor, as soluções para o retorno ao trabalho são objeto de pesquisa de diversos estudos internacionais nos últimos dez anos. Infelizmente, apesar da pertinência do tema, observa-se uma carência importante na bibliografia nacional.

Como estudos futuros, sugere-se a realização de mais pesquisas relacionando e implementando Programas de Retorno ao Trabalho no nosso contexto social, correspondendo mais um passo na evolução da promoção da saúde e segurança no ambiente de trabalho.

REFERÊNCIAS

AMELL, T.K.; KUMAR, S.; ROSSER, B.W. Ergonomics, loss management, and occupational injury and illness surveillance. Part 1: elements of loss management and surveillance. **International Journal of Industrial Ergonomics**, n.28, p.69-84, 2001.

ANDREONI, D. **Costes de los accodentes relacionados con el trabajo**. In: OIT. Organización Internacional del Trabajo. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. Accidentes y gestión de la seguridad., v. 2, VI, cap. 56, p. 42-44, 1998.

APTEL, M.; AUBLET-CUVELIER, A.; CNOCKAERT, J.C. Work-related musculoskeletal disorders of the upper limb. **Joint Bone Spine**, n. 69, p.546-55, 2002.

ASSUNÇÃO, A. A.; ALMEIDA, I. M. **Doenças Osteomusculares Relacionadas com o Trabalho: Membro Superior e Pescoço**. In: MENDES, R.; et al. Patologia do Trabalho. São Paulo: Atheneu, 2003, 2º ed,p.1501-39.

BAKER, N.A; JACOBS, K; TICKLE-DEGNEN, L. The association between the meaning of working and musculoskeletal dicomfort. **International Journal of Industrial Ergonomics**, v.31, p.235-47, 2003.

BALDWIN, M.L. Reducing the costs of work-related musculoskeletal disorders: targering strategies to cronic disability cases. **Journal of Electromyografy and Kinesiology**, n.14 , p.33-41, 2004.

BARIL, R.; CLARKE, J; FRIESEN, M; et al. Management of return-to-work programs for workers with musculoskeletal disorders: a qualitative study in three Canadian provinces. **Social Science & Medicine**, 2003.

BARIL, R; BERTHELETTE, D; MASSICOTTE, P. Early return to work of injured workers: multidimensional patterns of individual and organizational factors. **Safety Science**, n.41, p.277-300, 2003.

BARREIRA, T.H.C. Abordagem Ergonômica na Prevenção da LER. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, Fundacentro, v.22, n.84, p.51-9, 1994.

BERNACKI, E.J.; TSAI, S. Managed Care for workers' compensation: three years of experience in an "employee choice" state. **Journal of Occup Environ Med**, v.38, n.11, p.1091-7, november, 1996.

BINDER, M. C. P.; ALMEIDA, I. M. **Acidentes do Trabalho: Acaso ou Descaso?** In: MENDES, R.; et al. *Patologia do Trabalho*. São Paulo: Atheneu, 2003, 2º ed, p.769-808.

BONTOUX, L.; ROQUELAURE, Y.; BILLABERT, C.; et al. Étude du devenir à un an de lombalgiques chroniques inclus dans un programme associant reconditionnement à l'effort et action ergonomique. Recherche de facteurs prédictifs de retour et de maintien au travail. **Annales de Réadaptation et de Médecine Physique**, (In press), p.268-77, 2004.

BRUYS, C.; JAQUET, J.; SCHREUDERS, T.; et al. Predictors for Return to Work in Patients With Median and Ulnar Nerve Injuries. **The Journal of Hand Surgery**, v.28A, n.1, p.28-34, january, 2003.

BUREAU DES CONSEILLERS DES EMPLOYEURS. **Retour au travail – Modele de programme**, 2003. Disponível em:
<http://www.gov.on.ca/LAB/oea/PDF/RTW-SAMPLE_fr.pdf>
Acesso em 20 de fevereiro de 2004.

CASSO, G; CACHIN, C.; MELLE, G.; et al. Return-to-work status one year after muscle reconditioning in chronic low back pain patts. **Joint Bone Spine**, n.71, p.136-9, 2004.

CHAISE, F.; BELLEMERE, P.; FRIOL, J.; et al. Interruption professionnelle et chirurgie des syndromes du canal carpien: résultats d'une série prospective de 233 patients. **Chirurgie de la main**, n.20, p.117-21, 2001.

CHANDLER, D. **Constructing return to work programs: building for better returns**. Workers' Compensation: Containing Costs and Managing Outcomes – A PERI Symposium, 2003. Disponível em:
<http://www.riskinstitute.org/FP_DOCS/ReturntoWork-PERISymposiumPaper.pdf>
Acesso em 14 de junho de 2004.

CHANLAT, J. **Modos de gestão, saúde e segurança no trabalho**. In: DAVEL, F.; VASCONCELOS, J. "Recursos Humanos" e subjetividade. Petrópolis: Vozes, 1996, p.118-28.

COLE, D. C.; MONDLOCH, M.; HOGG-JOHNSON, S.; et al. Listening to injured workers: how recovery expectations predict outcomes - a prospective study. **Canadian Medical Association Journal**, v.6, n.166, p.749-54, 2002.

COURY, H.; RODGHER, S. Treinamentos para o Controle de Disfunções Músculo-Esqueléticas Ocupacionais: Um Instrumento Eficaz para a Fisioterapia Preventiva? **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v.2, n.1, p.7-17, 1997.

FEUERSTEIN, M.; CALLAN-HARRIS, S.; HICKEY, P.; et al. Multidisciplinary rehabilitation of chronic work-related upper extremity disorders. **Journal of Occup Environ Med**, v.35, n.4, p.369-404, April 1993.

FEUERSTEIN, M.; SHAW, W.; LINCOLN, A.; et al. Clinical and workplace factors associated with a return to modified duty in work-related upper extremity disorders. **Pain**, n.102, p.51-61, 2003.

FEUERSTEIN, M.; SHAW, W.; NICHOLAS, R.; et al. From confounders to suspected risk factors: psychosocial factors and work-related upper extremity disorders. **Journal of Electromyography and Kinesiology**, n.14, p.171-178, 2004.

FEYER, A.M. **Factores Humanos en los modelos de accidentes**. In: OIT. Organización Internacional del Trabajo. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. Accidentes y gestión de la seguridad., v. 2, VI, cap. 56, p. 8-11, 1998.

FOYE, P.; CIANCA, J.C.; PRATHER, H. Industrial medicine and acute musculoskeletal rehabilitation.3. Cumulative trauma disorders of the upper limb in computer users. **Arch Phys Med Rehabil**, v.83, s.1, p.S12-15, March 2002.

FROST, P; BONDE, J.; MIKKELSEN, S.; et al. Risk of shoulder tendinitis in relation to shoulder loads in monotonous repetitive work. **American Journal of Industrial Medicine**, n.41, p.11-8, 2002.

GIONGO, A. L. **Da organização do trabalho hoje às doenças ocupacionais: O que ler na L.E.R.?** In: JERUSALINSKI, A.; MERLO, A.C.; GIONGO, A.; et al. O Valor Simbólico do Trabalho e o sujeito contemporâneo. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2000, p.265-70.

GREEN-MCKENZIE, J.; PARKERSON, N.; BERNACKI, E. Comparison of Workers' Compensation Costs for Two Cohorts of Injured Workers Before and After the Introduction of Managed Care. **Journal of Occup Environ Med**, n.6, v.40, p.568-72, June 1998.

GCRM. GUIDEONE CENTER FOR RISK MANAGEMENT. **Return-to-Work Program**. Disponível em <<http://www.guideonecenter.com/ChurchandSchool/CalifWC/earlyreturn.pdf>> Acesso em 10 de junho de 2004.

HARRISSON, D.; LEGENDRE, C. Technological innovations, organizatal change and workplace accident prevention. **Safety Science**, n.41, p.319-38, 2003.

HASHEMI, L.; et al. Lenght of Disability and Cost of Work-Related Musculoskeletal Disorders of the Upper Extremity. **Journal of Occup Environ Med**, n.3, v.40, p.261-69, March 1998.

HENDRICK, H. W. **Good Ergonomics Is Good Economics**. Reprinted with adaptations from Proccedings of the Human Factors and Ergonomics Society 40th Annual Meeting. Human Factors and Ergonomics Society. 1996, 15p.

IIDA, I. **Ergonomia, Projeto e Produção**. São Paulo: Editora Edgard Blücher, 1990.

INSTITUTO NACIONAL DA SEGURIDADE SOCIAL (INSS). Instrução Normativa nº98, de 05 de dezembro de 2003 Aprova norma técnica sobre Lesões por Esforços Repetitivos – LER ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT.Diário Oficial da União de 10.12.2003) 23p.

KONIJNENBERG, H.; WILDE, N.; GERRITSEN, A.; et al. Conservative treatment for repetitive strain injury. **Scand J Work Environ Health**, v.27, n.5, p.299-310, 2001.

KUORINKA, I; FORCIER, L.; et al. **Lés lésions attribuables au travail répétitif**. Quebec: Maloine, 1995.

LECH, O; PEREIRA, T. I. Prevenindo a LER.– Técnicas para evitar a ocorrência de Lesões por Esforços Repetitivos. **Revista Proteção**, MPF publicações, Novo Hamburgo, março de 1997.

LEWIS, R; KRAWIEC, M.; CONFER, E.; et al. Musculoskeletal disorder worker compensation cost and injuries before and after an office ergonomics program. **International Journal of Industrial Ergonomics**, n.29, p.95-9, 2002.

LIEDKE, E. R. **Trabalho**. In: CATTANI, A. D.(org). Trabalho e Tecnologia: dicionário crítico. Petrópolis: Vozes/ Porto Alegre: Ed da universidade/ UFRGS, 1997, p.268-74.

LINCOLN, A; FEUERSTEIN, M.; SHAW, W.; et al. Impact of case manager training on worksite accommodations in workers' compensation claimants with upper extremity disorders. **Journal of Occup Environ Med**, n.3, v.44, p.237-45, March 2002.

LINN, H.; AMENDOLA, A. **Investigacion de la seguridad en el trabajo: panorama general**. In: OIT. Organización Internacional del Trabajo. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. Accidentes y gestión de la seguridad., v. 2, VI, cap. 60, p. 2-5, 1998.

MACIEL, R H. **Ergonomia e Lesões por Esforços Repetitivos**. In: CODO, W; ALMEIDA, M.C. C. G. Lesões por esforços repetitivos. Petrópolis: Vozes, 1995, p.163-2001.

MALCHAIRE, J; COCK, N; VERGRACHT, S. Review of the factors associated with musculoskeletal problems in epidemiological studies. **Int Arch Occup Environ Health**, n.74, p.79-90, 2001.

MALCHAIRE, J.; ROQUELAURE, Y.; COCK, N.; et al. Musculoskeletal complaints, functional capacity, personality and psychosocial factors. **Int Arch Occup Environ Health**, n.74, p.549-54, 2001.

MARHOLD, C.; LINTON, S.; MELIN, L. A cognitive-behavioral return-to-work program: effects on pain patients with a history of long-term versus short-term sick leave. **Pain**, n.91, p.155-63, 2001.

MERLO, A.; JACQUES, M. G. ; HOEFEL, M. G. Trabalho de grupo com portadores de LER/DORT: Relato de experiência. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.14, n.1, p.253-258, 2001.

MERLO, A. C. **Transformações no mundo do trabalho e a saúde**. In: JERUSALINSKI, A.; MERLO, A.C.; GIONGO, A.; et al. O Valor Simbólico do Trabalho e o sujeito contemporâneo. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2000, p.271-8.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Acidentes de Trabalho. Disponível em: <<http://www.mpas.gov.br>> Acesso em 30 de julho de 2004.

NYSIF. NEW YORK STATE INSURANCE FOUNDATION. **Early Return-to-Work Program**. Disponível em:

<<http://www.nysif.com/policy/safety/RiskMgt/ERTW/EarlyReturnWork.asp#top>>

Acesso em 10 de junho de 2004.

PLANEK, T. **Promocion de la seguridad**. In: OIT. Organización Internacional del Trabajo. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. Accidentes y gestión de la seguridad., v. 2, VI, cap. 60, p. 20-28, 1998.

PUNNETT, L.; WEGMAN, D. Work-related musculoskeletal disorders: the epidemiologic evidence and the debate. **Journal of Electromyography and Kinesiology**, n.14, p.13-23, 2004.

RAOUF, A. **Teoria de las causas de los accidentes** In: OIT. Organización Internacional del Trabajo. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. Accidentes y gestión de la seguridad., v. 2, VI, cap. 56, p. 6-8, 1998.

RIBEIRO, H. P. Lesões por Esforços Repetitivos (LER): uma doença emblemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v.13, s.2, p.85-93, 1997.

RIKHARDSSON,P.M.; IMPGAARD, M. Corporate cost of occupational accidents: an activity-based analysis. **Accident Analysis & Prevention**, n.36, p.173-82, 2004.

ROBINSON, J.; RONDINELLI, R.; SCHEER, S.; et al. Industrial rehabilitation medicine.1.Why is industrial rehabilitation medicine unique? **Arch Phys Med Rehabil**, v.78, p.S3-9, March 1997.

SAMPAIO, R.F; NAVARRO, A; MARTIN, M. Incapacidades laborales: problemas en la reinserción al trabajo. **Cadernos de Saúde Pública**, n.4, v.15, 11p., Oct/Dec 1999.

SATO, L. LER: Objeto e pretexto para a construção do campo trabalho e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.17, n.1, 9p., Jan/Fev 2001.

SIMARD, M. **Cultura y gestion de la seguridad**. In: OIT. Organización Internacional del Trabajo. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. Accidentes y gestión de la seguridad., v. 2, VI, cap. 59, p. 4-8. 1998.

STOCK,S.; DEGUIRE, S.; BARIL, R.; et al. **Obstacles and factors facilitating Return to Work of Workers with Musculoskeletal Disorders**: Sumary of the Report in the Electric and Electronic Sector. Direccion de la Santé Publique, RRSSS. Montréal-Centre, 1999, 24p.

STRUNIN, L; BODEN, L. Paths of reentry: employment experiences of injured workers. **American Journal of Industrial Medicine**, n.38, p. 373-84, 2000.

UNITED STATES GENERAL ACCOUNTING OFFICE. **Program redesign necessary to encourage return to work**. GAO/HEHS. April 1996, 88p.

WALKER-BONE, K; PALMER, K.; READING, I.; et al. Soft-tissue rheumatic disorders of the Oneck and upper limb: prevalence and risk factors. **Seminars in Arthritis and Rheumatism**, n.3, v.33, p.185-203, Dec 2003.

WSIB. WORK SAFETY AND INSURANCE BOARD. **Injury/Illness and Return to Work/Function**, June 2000, 25p. Disponível em: <www.wsib.on.ca> Acesso em 21 de maio de 2004.

WCBBC. WORKER'S COMPENSATION BOARD OF BRITISH COLUMBIA. **Return-to-Work Program**. Disponível em:
<<http://www.worksafebc.com/default.asp>> Acesso em 10 de junho de 2004.

WCBNS. WORKER'S COMPENSATION BOARD OF NOVA SCOTIA. **Return-to-work programs: A workplace development manual**. 1999, 116p.

YASSI, A. Repetitive Strain Injuries. **Lacet**, n.349, p.943-47, 1997.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso: Planejamento e métodos**. Traduzido por Daniel Grassi. 2ed. Porto Alegre: Bookman, 2001, 205p.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Entrevista semi-estruturada realizada com funcionário do setor de Recursos Humanos:

- 1.Qual o número de funcionários na empresa?
- 2.Qual o perfil dos funcionários: sexo, escolaridade, tempo na empresa?
- 3.Como são realizados os cuidados com a saúde e segurança na empresa?
- 4.Quem participa do programa de saúde? Quais as atribuições?
- 5.Qual a relação da gerência/administração com os profissionais? Como ocorreu a escolha dos mesmos?
- 6.Como é realizada a comunicação entre a empresa e equipe responsável pela saúde?
- 7.Como são tomadas as decisões envolvendo saúde e produção?
- 8.Como funciona o programa de retorno ao trabalho?
- 9.Como foi definido o sistema atual?
- 10.Quais as principais dificuldades relacionadas com o retorno do funcionário adoecido?
Estas são em função de que?
- 11.Quais os resultados financeiros e humanos encontrados até o momento?
- 12.Como funcionam, ao seu ver, as relações entre o grupo de trabalho?
- 13.Na sua concepção, como deveriam funcionar estas relações?
- 14.Quais as funções que devem ser exercidas ou atribuídas aos componentes do SESMT?

APÊNDICE B

Entrevista semi-estruturada realizada com Técnico de setor de Segurança do Trabalho:

1. Há quanto tempo trabalhas na empresa?
2. Qual é o setor com o maior número de afastamentos?
3. Neste setor, que riscos maiores os funcionários tem?
4. Por que ocorre este alto índice de acidentes?
5. Existe uma escala de importância em relação à função realizada pelos funcionários?
6. Neste setor, qual a parte mais difícil do processo, a função que requer mais habilidade?
7. Existe uma diferença muito grande de salário entre as funções?
8. Qual é a jornada de trabalho?
9. Existe muita rotatividade dos funcionários?
10. Qual o maior problema de saúde do setor de móveis de madeira?
11. Em caso de acidente, como acontece o retorno do funcionário?
12. Quais as dificuldades da segurança em relação à prevenção de acidentes?
13. Como é o dia que o acidentado volta?
14. A segurança acompanha este processo?
15. Como ocorre a comunicação entre os setores ligados a saúde e segurança?
16. Como são realizadas as mudanças nos postos de trabalho?
17. Existe uma facilidade para o funcionário trocar de setor, se indicada?
18. Na sua concepção, como os chefes recebem a necessidade de alteração de função ou setor?
19. Que profissionais fazem parte da equipe?
20. Na sua concepção o que poderia ser feito para melhorar o programa de retorno ao trabalho e o funcionamento da equipe?

APÊNDICE C

Entrevista semi-estruturada realizada com Médico do Trabalho:

1. Há quanto tempo trabalhas na empresa?
2. Quais são os cuidados da empresa com a saúde do funcionário?
3. Quais são os riscos à saúde dos funcionários existentes na empresa?
4. Quais são os motivos mais comuns de afastamento?
5. Qual é o setor com o maior número de afastamentos? Por qual motivo?
6. Estes funcionários realizam trabalho de reabilitação?
7. Como funciona o programa de retorno ao trabalho?
8. Quais as principais dificuldades relacionadas com o retorno do funcionário adoecido? Estas são em função de que?
9. Nos casos onde é necessária a troca de função, quem decide? É fácil realizar esta troca?
10. Existe um acompanhamento do funcionário em seu retorno?
11. Qual o papel do médico do trabalho na equipe de saúde e segurança? Qual a sua relação com a produção?
12. O que pensas sobre o Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP)?
13. Como é feita a emissão de CAT em casos de DORT?
14. Na sua opinião, como seria a equipe de saúde e segurança ideal?
15. Acreditas que faltaria algum profissional nesta equipe?
16. Como poderia ser otimizado o trabalho da equipe?

APÊNDICE D

Entrevista semi-estruturada realizada com Técnica em Enfermagem do Trabalho:

1. Há quanto tempo trabalhas na empresa?
2. Quais as queixas mais comuns dos funcionários?
3. Quais os índices de DORT e acidentes de trabalho?
4. Quais os motivos mais comuns de afastamento?
5. Qual o setor com o maior número de afastamentos? Qual o motivo?
6. Em caso de desconforto muscular ou DORT, como são os procedimentos?
7. Em caso de acidente, como são os procedimentos?
8. Como funciona o retorno do funcionário ao trabalho?
9. Quais as dificuldades relacionadas com o retorno do funcionário adoecido? Estas são em função de que?
10. Existe um acompanhamento do funcionário em seu retorno?
11. Qual o papel da enfermagem do trabalho na empresa?
12. Como é a relação entre a equipe responsável pela saúde e segurança na empresa?
13. Na sua opinião, como seria a equipe de saúde e segurança ideal?

APÊNDICE E

Entrevista semi-estruturada realizada com a ergonomista da empresa:

1. Quais são os riscos à saúde dos funcionários existentes na empresa?
2. Quais os cuidados com a saúde e segurança na empresa?
3. Quais são os motivos mais comuns de afastamento?
4. Qual é o setor com o maior número de afastamentos? Por qual motivo?
5. Especificamente nos setores de móveis de madeira e marcenaria, quais medidas preventivas que faltam ser tomadas para diminuição dos riscos?
6. No setor de móveis, qual seria a função que exigiria mais experiência? Qual a função mais difícil?
7. Como iniciou o trabalho da ergonomia na empresa?
8. Como é a comunicação entre a equipe?
9. Como funciona o programa de retorno ao trabalho?
10. Quais as maiores dificuldades no retorno do funcionário?
11. Nos casos onde é necessária a troca de função, quem decide? É fácil realizar esta troca?
12. Nestes casos, como é a reação da chefia?
13. Em relação ao retorno ao trabalho, existe que alguma coisa que não é colocada em prática e que acredita que seja importante de ser colocado?
14. Nesta equipe multidisciplinar, o que sentes que esta faltando?
15. Vocês têm dados que comprovam esta eficiência da ergonomia e da fisioterapia nesta empresa?

APÊNDICE F

Entrevista semi-estruturada realizada com a fisioterapeuta da empresa:

1. Como iniciou o trabalho da fisioterapia na empresa?
2. Como o funcionário é encaminhado para a fisioterapia?
3. Qual o setor com o maior número de afastamentos? Qual o motivo?
4. Em caso de desconforto muscular ou DORT, como são os procedimentos?
5. Quais as patologias mais atendidas pela fisioterapia?
6. Quais as funções que mais frequentemente causam desconforto muscular ou DORT?
7. Como funciona o programa de retorno ao trabalho?
8. Como a fisioterapia participa do programa?
9. Quais as maiores dificuldades no retorno do funcionário?
10. Na sua concepção, como é a comunicação e integração entre a equipe de trabalho?
11. Nesta equipe multidisciplinar, o que sentes que esta faltando?

APÊNDICE G

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____, após ter sido esclarecido (a) verbalmente sobre o presente trabalho por sua autora, autorizo a utilização das respostas dadas por mim na entrevista para a realização de sua dissertação sobre a reinserção de funcionários com lesões ocupacionais. Os dados obtidos na pesquisa serão utilizados de forma a preservar o anonimato da empresa e do entrevistado. Caso haja necessidade de divulgação dos dados de maneira mais transparente, solicitar-se-á a autorização expressa de parte da empresa.

Data.

Entrevistado (a)

APÊNDICE H

CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA A EMPRESA

A empresa _____, após ter conhecimento sobre o presente estudo, através do esclarecimento verbal, de forma individual pela autora, e compreendendo o propósito da pesquisa, autoriza a obtenção de dados sobre a empresa e sobre o trabalho de retorno ao trabalho nela realizado. O anonimato da empresa será preservado.

Data

Responsável

Autora

ANEXOS

ANEXO A

Modelo de análise de demanda de trabalho

Fonte: *Worker's Compensation Board of Nova Scotia* (1999)

Análise da Demanda de Trabalho

| |
|---|
| <p>1) IDENTIFICAÇÃO DA FUNÇÃO</p> <p>Função: _____</p> <p>Setor: _____</p> <p>Capacitação: _____</p> <p>Resumo das atividades da função: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Data desta análise: _____</p> |
|---|

2) DEMANDA FÍSICA DE TRABALHO

Preencher o item de frequência no quadro circulando a resposta mais apropriada.

- | | |
|--------------------------------------|---|
| 0 – não realiza | 3 – ocasionalmente realiza (12-25 x ao dia) |
| 1 – raramente realiza (1-5 x ao dia) | 4 – freqüentemente realiza (26-70 x ao dia) |
| 2 - pouco (6-11 x ao dia) | 5 – sempre realiza (+ de 71 x ao dia) |

Quando aplicável complete o item referente ao peso elevado, circulando a resposta mais apropriada.

- | | |
|------------------------|--------------------------------|
| a- pouco (até 5 kg) | c - médio (de 10 a 20 kg) |
| b- leve (de 5 a 10 kg) | d – muito peso (mais de 20 kg) |

Preencha o item duração na posição ou atividade com a resposta mais apropriada.

- | | |
|--------------------------------------|--|
| A – mínima (até 1 hora ao dia) | D - contínua (acima de 5 ½ horas ao dia) |
| B - ocasional (1 a 2 ½ horas ao dia) | E - nunca |
| C – freqüente (2 ½ a 5 ½ h/ dia) | |

| Atividade física | Especificações | Frequência | Peso | Duração |
|-----------------------------|-----------------------|-------------------|-------------|----------------|
| Flexão de tronco | Em pé | 0 1 2 3 4 5 | | A B C D E |
| | Sentado | 0 1 2 3 4 5 | | A B C D E |
| | Ajoelhado | 0 1 2 3 4 5 | | A B C D E |
| | Agachado | 0 1 2 3 4 5 | | A B C D E |
| Caminhar | Superfície elevada | 0 1 2 3 4 5 | | A B C D E |
| | Superfície acidentada | 0 1 2 3 4 5 | | A B C D E |
| | Superfície molhada | 0 1 2 3 4 5 | | A B C D E |
| Subir | Escada fixa | 0 1 2 3 4 5 | | A B C D E |
| | Escada móvel | 0 1 2 3 4 5 | | A B C D E |
| Sentar | Cadeira | 0 1 2 3 4 5 | | A B C D E |
| | Banco | 0 1 2 3 4 5 | | A B C D E |
| | Assento vertical | 0 1 2 3 4 5 | | A B C D E |
| Permanecer em ortostase | | 0 1 2 3 4 5 | | A B C D E |
| Equilibrar-se | | 0 1 2 3 4 5 | | A B C D E |
| Alcançar material ou objeto | Acima da cabeça | 0 1 2 3 4 5 | a b c d | A B C D E |
| | Anterior | 0 1 2 3 4 5 | a b c d | A B C D E |
| | Lateral | 0 1 2 3 4 5 | a b c d | A B C D E |
| Posição da coluna cervical | Flexão | 0 1 2 3 4 5 | | A B C D E |
| | Extensão | 0 1 2 3 4 5 | | A B C D E |
| | Rotação | 0 1 2 3 4 5 | | A B C D E |
| | Lateralização | 0 1 2 3 4 5 | | A B C D E |
| Posição dos ombros | Abdução | 0 1 2 3 4 5 | | A B C D E |
| | Flexão (ate 90°) | 0 1 2 3 4 5 | | A B C D E |
| | Flexão (+ de 90°) | 0 1 2 3 4 5 | | A B C D E |
| Posição de cotovelos | Flexão | 0 1 2 3 4 5 | | A B C D E |
| | Pronação | 0 1 2 3 4 5 | | A B C D E |
| | Supinação | 0 1 2 3 4 5 | | A B C D E |
| Posição de punhos | Flexão | 0 1 2 3 4 5 | | A B C D E |
| | Extensão | 0 1 2 3 4 5 | | A B C D E |
| | Desvio ulnar | 0 1 2 3 4 5 | | A B C D E |
| | Desvio radial | 0 1 2 3 4 5 | | A B C D E |
| Elevação de objetos | Do chão | 0 1 2 3 4 5 | a b c d | A B C D E |
| | De bancada | 0 1 2 3 4 5 | a b c d | A B C D E |
| | Acima dos ombros | 0 1 2 3 4 5 | a b c d | A B C D E |
| | Acima da cabeça | 0 1 2 3 4 5 | a b c d | A B C D E |
| Carregar | | 0 1 2 3 4 5 | a b c d | A B C D E |
| Puxar | | 0 1 2 3 4 5 | a b c d | A B C D E |
| Digitar | | 0 1 2 3 4 5 | | A B C D E |
| Outros (descrever) | | 0 1 2 3 4 5 | a b c d | A B C D E |

3) USO DE ACESSÓRIOS

Ferramentas, equipamentos ou máquinas utilizadas _____

Equipamento de proteção individual _____

4) CONDIÇÕES AMBIENTAIS:

Temperatura: _____ Ruído: _____

Presença de pó, pó de madeira, cola, tinta: _____

Observações: _____

5) RESUMO DOS CONSTRANGIMENTOS DA FUNÇÃO / SETOR

Responsável pela análise: _____

Modelo de Adaptação temporária do trabalho

Fonte: *Guideone Center for Risk Management* (2004)

Adaptação Temporária do Trabalho

Nome do funcionário: _____

Setor: _____

Nome da função: _____

Data: _____

1) Descrição das tarefas essenciais realizadas pelo funcionário

Obs: As tarefas são listadas nas linhas contínuas pelo funcionário e revisadas pelo supervisor. Ao lado, o fisioterapeuta e/ou médico devem marcar a indicação ou não da realização de cada tarefa.

| | |
|-------|------------|
| _____ | sim ou não |
| _____ | sim ou não |
| _____ | sim ou não |
| _____ | sim ou não |
| _____ | sim ou não |
| _____ | sim ou não |
| _____ | sim ou não |
| _____ | sim ou não |

2) Demanda Física Exigida:

Obs: Supervisor e funcionário marcam as opções relacionadas a função exercida, enquanto o médico ou fisioterapeuta marcam a indicação ou não para sua realização.

| Posição / ação: | SIM | NÃO | Observações: |
|---------------------------|-----|-----|--------------|
| () Suspensão de peso | () | () | _____ |
| () Carregar peso | () | () | _____ |
| () Ficar em pé | () | () | _____ |
| () Sentado | () | () | _____ |
| () Abaixar | () | () | _____ |
| () Curvar-se para frente | () | () | _____ |
| () Elevar ombros | () | () | _____ |

Operação de equipamentos de / com: SIM NÃO

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Com vibração | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Com corte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Lixação manual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Lixação mecânica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Prensa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Pistola para pintura | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Furadeira | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Estofamento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3) Outras restrições médicas:

4) Opções de tarefas no setor:

5) Plano de Retorno ao Trabalho

Obs: Acordo entre funcionário, supervisor e equipe de saúde, descreve a substituição de tarefas, adaptações e número de horas trabalhadas. Este documento deve ser assinado ao final pelos participantes do acordo.

ANEXO C - Plano de Retorno ao Trabalho

Fonte: *Bureau Des Conseillers Des Employeurs* (2003)

Nome do funcionário: _____

Data de início no plano: _____

Função original: _____

| SEMANA Nº | DATA | HORAS DE TRABALHO | TAREFAS A SEREM REALIZADAS | ADAPTAÇÕES |
|--------------|------|----------------------|-------------------------------|------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Assinatura do funcionário

Assinatura do supervisor

ANEXO D - Diário de Acompanhamento do Funcionário

Fonte: *Bureau Des Conseillers Des Employeurs* (2003)

Nome do funcionário: _____

Supervisor: _____

Duração do plano: _____ Função anterior: _____

Semana nº _____ do plano de retorno ao trabalho

| Data / Horas previstas | Horas trab/ não trabalhadas | Problemas | Soluções |
|-------------------------------|------------------------------------|------------------|-----------------|
| Segunda-feira | | | |
| Terça-feira | | | |
| Quarta-feira | | | |
| Quinta-feira | | | |
| Sexta-feira | | | |
| Sábado | | | |

GLOSSÁRIO

BCE - *Bureau Des Conseillers Des Employeurs*

CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho

COERGO – Comitê de Ergonomia

DORT – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho

GCRM - *GuideOne Center for Risk Management*

JHWCM - *Johns Hopkins Workers' Compensation Management System*

LER – Lesões por Esforços Repetitivos

NYSIF - *New York State Insurance Foundation*

PCMSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional

PRT – Programa de Retorno ao Trabalho

SESMT – Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho

WCBBC - *Workers Compensation Board of British Columbia*

WCBNS - *Workers Compensation Board of Nova Scotia*