

Experiência de uma equipe transdisciplinar com servidores em afastamentos por auxílio-doença

Camila Caminha Caro^{a,b}, Vagner Augusto Takahashi Arakawa^b,
Emanuelli Virginia Betoli de Andrade^c

^aUniversidade Federal de São Carlos – UFSCar, São Carlos, SP, Brasil.

^bRegime Próprio de Previdência Social, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

^cInstituto Nacional do Seguro Social, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

Resumo: Introdução: Ações voltadas a servidores públicos afastados por auxílio-doença em uma perspectiva transdisciplinar se fazem necessárias, todavia são escassos os trabalhos que abordam essa temática no contexto nacional. Objetivo: Este estudo buscou apresentar um panorama geral do trabalho realizado por uma equipe transdisciplinar, composta por terapeuta ocupacional, psicólogo e assistente social, na avaliação, no acompanhamento e na reinserção laboral de servidores públicos estatutários em afastamento por auxílio-doença, de uma cidade de médio porte do interior do Estado de São Paulo. Método: Este trabalho consiste em um relato de experiência das ações desenvolvidas pela equipe transdisciplinar, a partir de um estudo documental de 326 processos de auxílio-doença de servidores atendidos pela equipe, com afastamentos entre março de 2014 e janeiro de 2017. Para tanto, foram apresentados enquanto qualificadores da experiência os dados relativos ao perfil do público atendido, aos afastamentos e aos desfechos dos casos após as intervenções da equipe transdisciplinar. Resultados: Observou-se uma redução geral do número de afastamentos na autarquia, sobretudo aqueles caracterizados por períodos crônicos, após ações de reinserção laboral por meio de condições adequadas, bem como prevenção da cronificação de novos casos por meio de intervenções precoces da equipe transdisciplinar e de parcerias intersetoriais. Conclusão: O artigo traz reflexões sobre a importância de um trabalho transdisciplinar voltado aos servidores em auxílio-doença, tanto na avaliação holística da funcionalidade e da incapacidade quanto na preparação para a reinserção laboral, por intermédio de condições de trabalho compatíveis com a funcionalidade dos servidores.

Palavras-chave: *Terapia ocupacional, Psicologia, Serviço Social, Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.*

Experience of a transdisciplinary team's work along with servers in sick leave

Abstract: Introduction: Actions towards public servers in sick leave in a transdisciplinary perspective are necessary, however such studies are rare in national context. Objective: This study aimed to present an overview of the work done by a transdisciplinary team, formed by an occupational therapy, a psychotherapist and a social worker, in evaluating, monitoring and work reinsertion of public servers during sick leave from a city in São Paulo State. Method: The work consists in reporting a transdisciplinary team's experience from a documental study of 326 servers in sick leave, attended by the team and whose absence of work occurred from March 2014 to January 2017. To this end, as experience qualifiers, the presented data was associated to the outlined profile of the attended servers and their period of absence, to the outcome of the cases after the team's interventions. Results: The number of servers away from work was reduced, especially those cases distinguished by chronic periods, after work reinsertion interventions through adequate conditions, as well as prevention of new chronic cases, by early actions from the transdisciplinary team's actions and intersectorial work. Conclusion: The article opens the discussion about the importance of a transdisciplinary work toward servers in sick leave, not only in a holistic evaluation of the functionality and incapability, but also in the preparation to job reinsertion by fostering the work conditions compatible to servers functionalities.

Keywords: *Occupational Therapy, Psychology, Social Work, International Classification of Functioning, Disability and Health.*

1 Introdução

O auxílio-doença consiste em um benefício previdenciário com a finalidade de proteger a situação de necessidade decorrente da incapacidade para o exercício do trabalho, caracterizando-se como um instrumento de proteção social na atuação da Seguridade Social (CUTAIT NETO, 2006). Esse benefício está disciplinado nos artigos 59 a 64 da Lei nº 8.213/1991, no âmbito do Regime Geral de Previdência Social (RGPS), a qual visa assegurar proteção ao segurado em caso de acidente ou de incapacidade para o exercício laboral por motivos de doença, definindo-se enquanto um benefício de caráter temporário pago pela Previdência Social durante a incapacidade (BRASIL, 1991).

Embora implicações econômicas e sociais do âmbito nacional, sobretudo previdenciárias, sejam reportadas com relação a esse referido benefício (CUTAIT NETO, 2006), não se pode deixar de apontar implicações em âmbito individual, com consequências negativas para a saúde dos sujeitos, visto que o trabalho é considerado um dos principais elos sociais do trabalhador, com importantes aspectos relacionados ao reconhecimento e à valorização social (VASCONCELOS; OLIVEIRA, 2004). Sendo assim, pressupor rompimentos nesse elo implica em considerar impactos na saúde dos sujeitos (VASCONCELOS; OLIVEIRA, 2004), incluindo de cunho emocional (LANCMAN, 2008; MENEZES, 2007), bem como dificuldades no que tange a um retorno ao trabalho (ALEVATO, 2011; FIORIN; MESSIAS; BILBAO, 2013).

Esses aspectos podem ser ainda mais marcantes quando se consideram os longos períodos de afastamento, entendendo-os como aqueles acima de três meses (ARNETZ et al., 2003; SHAW; PRANSKY; WINTERS, 2009). Longos períodos de afastamento são considerados negativos devido ao impacto no âmbito psíquico, tanto em relação ao afastamento das atividades laborais propriamente ditas quanto no que se refere a um possível retorno ao trabalho (SCOPEL, 2005). Em contrapartida, o fato de ter a possibilidade de retorno ao trabalho viabilizada por meio das políticas de reinserção laboral proporciona ao trabalhador sentimentos fundamentais nesse processo, como inclusão social, segurança, proteção, utilidade e capacidade (GRAVINA; NOGUEIRA; ROCHA, 2003).

Sendo assim, destaca-se a necessidade de ações que viabilizem essa proposta, sobretudo aquelas de caráter precoce, já que estimativas apontam uma redução de 50% nos índices de êxito no retorno ao trabalho após três meses de afastamento (AMERICAN..., 2006). Ademais, é fundamental propiciar um retorno ao

trabalho que priorize o aproveitamento máximo do potencial laboral do servidor em seu cargo de origem, mantendo a formação e a qualificação profissional, visto que se trata de um fator facilitador desse processo. Contudo, em casos em que não há essa possibilidade, é sobretudo importante a preparação do trabalhador para a nova função, com ações específicas prévias para a sua qualificação (TOLDRÁ et al., 2010).

Em discussões entre os órgãos responsáveis por ações voltadas à saúde do trabalhador, como o Ministério da Saúde, o Ministério do Trabalho e a Secretaria de Previdência Social, existe uma forte tendência em adotar a Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade e Saúde (CIF)¹ como um importante referencial para ações voltadas a esse público (BRASIL, 2013a). Essa classificação desmistifica a tendência do modelo biomédico de considerar a questão da incapacidade de forma reducionista e centrada nas estruturas anatomofisiológicas ou psicológicas, compreendendo-a a partir dos fatores psicológicos e sociais pela interação entre problemas na estrutura e/ou função do corpo, limitação nas atividades, restrição na participação social e fatores ambientais, os quais podem atuar como facilitadores ou barreiras para o desempenho das atividades e para a participação (ORGANIZAÇÃO..., 2003). Assim, permite uma visão ampliada, fornecendo subsídios para avaliações mais objetivas, tanto nas evidências sobre os processos de adoecimento no trabalho quanto na avaliação das restrições laborais e potencialidades para o retorno ao trabalho (TOLDRÁ et al., 2010).

Na atual conjuntura nacional em que a reforma previdenciária tem sido amplamente discutida em detrimento de uma eminente reforma legal, destaca-se a relevância das discussões sobre a abordagem biopsicossocial no que tange aos benefícios por incapacidade, de forma a ampliar as ações por meio da incorporação de diferentes profissionais nesse processo. Embora a perícia médica seja considerada um fator importante nesse processo, cabendo ao perito a identificação da capacidade ou da incapacidade laborativa, permanente ou temporária (CUTAIT NETO, 2006), a literatura considera que avaliações e ações estritamente médicas são ineficazes no processo de reinserção laboral (BRASIL, 2013a). Sendo assim, destaca-se como primordial o trabalho multidisciplinar com trabalhadores em afastamento, sob a perspectiva de diferentes saberes técnico-científicos, com contribuição dentro da especificidade de atuação (BRASIL, 2013a).

Nesse horizonte, a integração biopsicossocial dos profissionais para a intervenção com os indivíduos é fundamental, já que se entende que as intervenções devem ir além do âmbito individual e clínico,

requerendo, portanto, uma alta complexidade de saberes de cada profissional que é chamado a desempenhar sua função em um processo de trabalho coletivo, cujo produto deve ser fruto de um trabalho formado pela contribuição das diversas áreas profissionais (FERREIRA; VARGA; SILVA, 2009).

Para tanto, a literatura considera que trabalho multiprofissional consiste em um trabalho coletivo de relação recíproca entre os profissionais, e, portanto, dependendo do nível de integração entre estes, são estabelecidas modalidades de classificação. A multidisciplinaridade se refere ao agrupamento de profissionais que executam somente ações isoladas. Já a pluridisciplinaridade é a justaposição de várias disciplinas a partir da cooperação entre estas, não havendo coordenação entre ambas. Em contrapartida, na interdisciplinaridade existe uma hierarquia entre as disciplinas, cuja coordenação e tomada de decisão competem a uma categoria específica de profissionais, promovendo a verticalização das decisões. Já a transdisciplinaridade se refere à coordenação de todas as disciplinas, em que todos os profissionais estejam reciprocamente situados em sua área de origem e na área dos demais colegas, pois as intervenções devem ser realizadas à luz de um novo entendimento construído em conjunto, sem espaços para a centralidade de poder de decisão (FERREIRA; VARGA; SILVA, 2009). Para isso, não há a diluição dos saberes e tampouco prevalência de um conhecimento sobre o outro, mas sim contribuição de cada área específica com vistas a objetivos e finalidades múltiplos e comuns (IRRIBARY, 2003; TAVARES et al., 2012).

A transdisciplinaridade é uma perspectiva de ação profissional a ser construída diariamente, caracterizada enquanto um desafio permanente para os profissionais que se propõem a atuar dessa forma, a partir de um movimento de reconhecimento de posições diferentes de cada um em relação ao mesmo objeto de intervenção (FERREIRA; VARGA; SILVA, 2009). Tal perspectiva de trabalho tem sido adotada no relato de experiência ora em análise, entendendo-se as diferenciações expostas anteriormente.

2 Ações Destinadas a Trabalhadores em Afastamento por Auxílio-doença

Historicamente, no âmbito do RGPS, ações para a reabilitação foram implementadas a partir de 1944 por meio de um modelo assistencial para trabalhadores no contexto dos Centros de Reabilitação Profissional (CRP), política essa que foi paulatinamente se transformando à medida que a previdência também

se modificou (TAKAHASHI; CANESQUI, 2003; INSTITUTO..., 2016). Mais tarde, com a instituição da Seguridade Social a partir da Constituição Federal de 1988, houve uma reestruturação com relação à definição de cada política pública; logo, a saúde do trabalhador passou a ser competência da política de saúde, em parceria com as demais políticas setoriais, conforme estabelece a própria Constituição Federal (INSTITUTO..., 2016; BRASIL, 1988). Todas essas alterações propiciaram a reestruturação do processo de reabilitação profissional, com o fechamento dos CRPs e a criação do Projeto “Reabilita”, que é responsável pela execução do processo de reabilitação profissional (MAENO; VILELA, 2010), ficando a cargo do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) a operacionalização do Programa de Reabilitação Profissional (PRP) em parceria com as demais políticas intersetoriais (INSTITUTO..., 2016).

Atualmente, no âmbito do RGPS, essas ações acontecem mediante indicação em perícia médica, sendo executadas por equipes multidisciplinares, comumente compostas por profissionais de diversas áreas, tais como analistas do seguro social com formação em serviço social, terapia ocupacional, psicologia, pedagogia, entre outras áreas de formação específicas, atuando na habilitação e reabilitação profissional (BRASIL, 1991). Essas ações objetivam a reabilitação dos trabalhadores em afastamento por meio do PRP (ROSSI et al., 2007).

Essa política faz parte das recomendações da Organização das Nações Unidas (ONU), da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Internacional do Trabalho (OIT) em que o Brasil tem sido signatário (ROSSI et al., 2007). São ações estabelecidas pelo Decreto nº 3.048/1999, compreendendo a avaliação do potencial laborativo, a orientação e o acompanhamento da programação profissional, a articulação com a comunidade visando ao reingresso no mercado de trabalho, o acompanhamento e a pesquisa da fixação no mercado de trabalho (BRASIL, 1999). Essas ações estão pautadas em princípios e pressupostos que compreendem o trabalhador integrado em seus ambientes físico, social e familiar, com vistas a garantir e a viabilizar os direitos básicos (INSTITUTO..., 2016). Pode-se dizer que a reabilitação profissional foi inserida enquanto uma resposta pública à problemática da incapacidade, vislumbrando a redução e a superação das desvantagens produzidas pelas incapacidades (MOOM; GEICKER, 1998).

Já no âmbito do servidor público estatutário², existe a previsão legal da readaptação, que se configura enquanto uma forma de provimento de cargo, a qual está prevista na Lei nº 8.112/1990 (art. 24) no âmbito da administração pública federal (BRASIL,

1990). Tal instrumento normativo preconiza a investidura do servidor em cargo de atribuições e de responsabilidades compatíveis com a limitação que tenha sofrido em sua capacidade física ou mental verificada em perícia médica. Nesse contexto, não existem definições legais estabelecidas para as ações a serem desenvolvidas entre os diferentes entes federativos, cabendo a cada um deles estabelecer suas próprias regras.

Sobre as experiências nesses campos, no contexto do RGPS, estudos apontam experiências de equipes multi e interdisciplinares no contexto da reabilitação profissional (TAKAHASHI et al., 2010; BREGALDA; LOPES, 2011). No cenário do serviço público, identificou-se um estudo que relata a experiência de uma equipe multiprofissional no contexto de uma universidade federal, com ações voltadas à reinserção laboral de servidores com capacidade laboral parcialmente preservada, por meio de retorno a mesma ocupação com restrições de atividades (SAMPAIO et al., 2005). Na esfera do serviço público municipal, foi encontrado apenas um manual de práticas do processo de reabilitação, com referência a um trabalho multidisciplinar direcionado à avaliação e à reinserção laboral dos servidores na cidade de São Paulo (SÃO PAULO, 2012). Logo, parece que, quando se trata dessa temática, as experiências, em maioria, ocorrem no contexto de equipes multidisciplinares.

Segundo Ferreira, Varga e Silva (2009), as ações no campo multidisciplinar contemplam intervenções isoladas entre os profissionais e, por isso, caracterizam-se por um nível de interação pouco eficiente diante das demandas do objeto de intervenção que são postas diariamente. Logo, destacam a importância de ações mais integradas entre os profissionais, o que justifica a necessidade de ações transdisciplinares, em que todos os profissionais buscam um conhecimento único a partir da colaboração de cada área profissional. Todavia, esse tipo de abordagem é escasso, especialmente no serviço público, visto que o Brasil é carente em relação a estudos sobre o processo de reinserção laboral, sendo inexistentes dados consolidados sobre a saúde desse grupo de trabalhadores no país (CUNHA; BLANCK; BOING, 2009). Carneiro (2006) salienta que a administração pública ainda não se apropriou ou encontra dificuldades para responder às demandas na área da saúde do servidor, com pouca intervenção desse âmbito. Sendo assim, ressalta-se a relevância deste estudo que teve por objetivo relatar a experiência de uma equipe transdisciplinar com servidores públicos estatutários em afastamento por auxílio-doença de um município de médio porte do interior do Estado de São Paulo.

3 Método

Trata-se de um relato de experiência realizado por meio da caracterização das ações realizadas pela equipe transdisciplinar de um Regime Próprio de Previdência Social (RPPS)³, que consiste em uma autarquia municipal responsável pela gestão dos benefícios de aposentadoria, pensão por morte e afastamentos por auxílio-doença dos servidores da Prefeitura, Câmara Municipal e demais autarquias de um município de médio porte do interior do Estado de São Paulo, cuja população média é de 400 mil a 500 mil habitantes.

Nessa autarquia, o alto número de afastamentos por auxílio-doença por motivos de Transtornos Mentais e de Comportamento (TMC) e doenças osteomusculares (DO), sobretudo com longos períodos de duração, e as dificuldades para reinserção desses servidores levaram à implantação de um programa de avaliação e acompanhamento dos servidores em uma perspectiva holística dos sujeitos, de forma a superar a ineficácia do modelo médico, centrado estritamente na doença e na incapacidade (BORSOI, 2007; VERBRUGGE; JETTE, 1994). O programa implantado também preconizava a reinserção dos servidores em afastamento no contexto do trabalho, quando possível, por meio de ações integradas e de preparação do servidor. Para tanto, em março de 2014, ocorreu a inserção de profissionais da área da psicologia, serviço social e terapia ocupacional por meio de concurso público.

A equipe citada teve sua atuação configurada em uma perspectiva transdisciplinar, sendo a escolha dos profissionais feita em detrimento do papel de cada um dentro da perspectiva de atuação em equipe, já que: o assistente social atua na defesa e na ampliação dos direitos, viabilizando-os por meio das avaliações específicas e de orientações com os segurados (CONSELHO..., 1993); o psicólogo contribui para o levantamento das representações do trabalho, dos sintomas psíquicos decorrentes da atividade laboral, da compreensão da história de vida e da trajetória profissional do indivíduo (TAKAHASHI et al., 2010); o terapeuta ocupacional tem seu trabalho voltado para melhorar as habilidades de os sujeitos engajarem-se em ocupações que desejam, precisam ou são esperadas, modificando a ocupação ou o ambiente para melhor sustentar o engajamento ocupacional (WORLD..., 2012). Assim, pode-se dizer que esses profissionais contribuem com o processo de avaliação médico-pericial com um olhar que ultrapassa aspectos estritamente anatômico-biológicos.

Esses profissionais não tinham qualquer especialização ou experiência profissional em saúde do trabalho/reabilitação profissional; apenas

conhecimentos teóricos sobre a temática, que foram agregados no contexto dos cursos de graduação mencionados. Sendo assim, após a inserção no serviço, os profissionais iniciaram grupos de estudos e participaram de cursos específicos sobre a temática, com vistas a aprofundar o conhecimento em questão. Esses aspectos, em associação com os saberes de cada profissional, possibilitaram a construção do serviço em uma perspectiva coletiva, estratégia essa que contribuiu significativamente para as ações da equipe.

O serviço já funciona há cerca de três anos, e, ao longo desse período, a equipe transdisciplinar tornou-se o principal elo entre as decisões periciais e as ações desenvolvidas no contexto da reinserção laboral dos servidores em afastamento, sendo responsável pelo acompanhamento e andamento dos casos. As ações realizadas por essa equipe compreendem algumas etapas, que serão descritas a seguir, de acordo com os procedimentos realizados.

3.1 A triagem dos casos a serem acompanhados

A primeira etapa compreende o estudo dos processos de auxílio-doença para definição da elegibilidade ou não dos casos a serem acompanhados pela equipe. Esse processo segue alguns critérios de inclusão e exclusão estabelecidos pela própria equipe em detrimento de estudos realizados, bem como identificação de alguns referenciais disponíveis na literatura.

Enquanto critério de inclusão optou-se por servidores que apresentassem no atestado a Classificação Internacional de Doenças (CID) relacionada a neoplasias (tumores) (C), TMC (F), doenças do sistema nervoso (G), doenças do aparelho circulatório (I), doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M) e traumatismos e fraturas (S). A opção por tais grupos de comorbidades se deu pelo fato de serem doenças crônicas, a maioria incapacitante para o trabalho, a princípio de maneira temporária, com possíveis desdobramentos em situações de invalidez e aposentadorias precoces, caracterizando um aumento nos gastos previdenciários e um elevado impacto social (SILVA et al., 2003; MOURA; CARVALHO; SILVA, 2007). Essas comorbidades levam à perda sucessiva e progressiva da independência e da funcionalidade, apresentando grandes chances de determinarem afastamentos prolongados, fato que justifica a importância dada pela equipe no que diz respeito à elegibilidade desses casos em específico (FERREIRA et al., 2012).

Foram excluídos os casos cujo atestado apresentasse uma CID principal relacionada a lesões e algumas

outras consequências de causas externas (S e T), bem como outros comprometimentos não descritos anteriormente: algumas doenças infecciosas e parasitárias (B), doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários (D), doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E), doenças do olho e anexos e doenças do ouvido e da apófise mastoide (H), doenças do aparelho respiratório (J), doenças do aparelho digestivo (K), doenças da pele e do tecido subcutâneo (L), doenças do aparelho geniturinário (N), sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (R). A exclusão desses sujeitos parte do entendimento de que esses comprometimentos são temporários e passíveis de recuperação. Todavia, em casos de prorrogação do afastamento por um período superior a três meses, a equipe optava pelo acompanhamento do caso devido às possíveis chances de cronificação (MOURA; CARVALHO; SILVA, 2007) e pela possível necessidade de restrições funcionais no caso de retorno laboral.

Com atenção prioritária, foram acompanhados servidores cujos afastamentos fossem considerados crônicos, ou seja, acima de três meses com a mesma CID ou CID correlacionada (ARNETZ et al., 2003; SHAW; PRANSKY; WINTERS, 2009). Nesse contexto, também foram incluídos aqueles cujo afastamento foi motivado pela mesma CID ou CID correlacionada, com duração mínima de dois meses, podendo ter interrupções de até três dias, referente ao final de semana, mas que apresentaram históricos anteriores de afastamento devido à mesma CID ou CID correlacionada por no mínimo três meses. Essas opções se deram pela necessidade de intervenções precoces como aspecto crucial na prevenção de maiores incapacidades, de forma a prevenir a cronificação dos afastamentos, sobretudo diminuindo as dificuldades na reinserção laboral, conforme aponta a American College of Occupational and Environmental Medicine (AMERICAN..., 2006).

Vale ressaltar que a triagem não consiste em fator determinante no acompanhamento dos servidores, tendo em vista que este só se concretiza com a intervenção da equipe quando os servidores comparecem aos atendimentos agendados e/ou são encontrados durante visita domiciliar. Caso contrário, ações subsequentes geralmente não acontecem, uma vez que a ausência de uma avaliação específica implica em dificuldades na identificação das demandas, sobretudo porque estas raramente são identificadas nas perícias médicas.

3.2 A avaliação

A etapa seguinte consiste na avaliação dos servidores por meio de atendimentos institucionais ou visitas domiciliares, a partir da entrevista semiestruturada e da escuta qualificada. A primeira consiste em um conjunto de questões predefinidas, mas que também mantém flexibilidade para adição de outras, caso haja interesse no decorrer da entrevista, propiciando a busca de dados onde o fato realmente acontece, ou seja, em seu ambiente natural (MINAYO, 2010). A segunda está diretamente relacionada à intervenção por meio do diálogo, da acolhida e da criação do vínculo entre o servidor e os integrantes da equipe, possibilitando uma melhor compreensão do que está relacionado ao afastamento (MAYNART et al., 2014).

A avaliação transdisciplinar dos servidores em afastamento pressupõe uma abordagem holística de cada caso, bem como a compreensão dos fatores relativos ao afastamento para além de uma perspectiva estritamente médica, de forma a considerar os seguintes componentes, conforme propõe a CIF: (1) funções e estruturas do corpo; (2) atividades e participação; (3) fatores ambientais; e (4) fatores pessoais (ORGANIZAÇÃO ..., 2003).

No primeiro componente, “funções e estruturas do corpo”, são avaliadas as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos, incluindo as funções psicológicas e as partes anatômicas do corpo, tais como órgãos, membros e seus componentes. Nesse contexto, as deficiências são compreendidas como problemas nas funções ou na estrutura do corpo, por exemplo, um desvio importante ou uma perda (ORGANIZAÇÃO ..., 2003).

No componente “atividades e participação”, considera-se a execução de uma ou mais tarefas ou ações pelo indivíduo, assim como o envolvimento em situações da vida cotidiana, contemplando os seguintes domínios: aprendizagem e aplicação dos conhecimentos; tarefas e exigências gerais; comunicação e mobilidade; autocuidado; vida doméstica; interações e relacionamentos interpessoais; principais áreas da vida e vida comunitária, social e cívica. As limitações da atividade e das restrições na participação são caracterizadas por dificuldades na execução de atividades e por problemas no envolvimento em situações da vida real (ORGANIZAÇÃO ..., 2003).

Nos “fatores ambientais”, avaliam-se os ambientes físico, social e atitudinal nos quais as pessoas vivem e conduzem sua vida. Esses fatores são externos aos indivíduos e classificados em dois níveis: (1) individual, que consiste no ambiente imediato do indivíduo (domicílio, trabalho e escola), incluindo as características físicas e materiais do ambiente e o contato direto com outros indivíduos; (2) social, que é relativo às

estruturas sociais formais e informais, aos serviços e às regras de conduta ou aos sistemas na comunidade ou na cultura, incluindo organizações e serviços relacionados com o trabalho, com as atividades na comunidade, com os organismos governamentais, com os serviços de comunicação e de transporte e com as redes sociais informais, bem como às leis, aos regulamentos, às regras formais e informais, às atitudes e às ideologias. Assim, considera-se que um ambiente com barreiras ou sem facilitadores pode restringir o desempenho do indivíduo, enquanto ambientes mais facilitadores podem melhorar esse desempenho (ORGANIZAÇÃO ..., 2003).

Por fim, nos “fatores pessoais”, avalia-se o histórico particular da vida e do estilo de vida do indivíduo, incluindo as características que não são parte de uma condição de saúde ou de um estado de saúde, como sexo, raça, idade, outros estados de saúde, condição física, estilo de vida, hábitos, educação recebida, diferentes maneiras de enfrentar problemas, antecedentes sociais, nível de instrução, profissão, experiência passada e presente, padrão geral de comportamento, carácter, características psicológicas individuais e outras características que podem desempenhar um papel na incapacidade (ORGANIZAÇÃO ..., 2003).

3.3 O trabalho intersetorial

Tendo em vista a identificação de casos que demandavam intervenções e avaliações conjuntas com outros órgãos, iniciaram-se reuniões com as equipes do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SEESMT), dos Recursos Humanos da Administração e das Secretarias da Prefeitura Municipal (PM) e demais autarquias, com vistas à discussão dos casos. Nesse contexto, estabeleceu-se um trabalho intersetorial, cuja relevância se dá pela integração e articulação do conhecimento, superando a fragmentação do saber e das intervenções. Essa metodologia tem sido utilizada em diversos contextos, incluindo o serviço público, mostrando-se uma ferramenta substancial para aumentar a efetividade das ações (PEREIRA; TEIXEIRA, 2013). Nesse trabalho, a saúde do trabalhador é compreendida enquanto um campo de saúde coletiva, exigindo ações integradas e articuladas, rompendo com práticas isoladas que em nada facilitam a recuperação e a reinserção do trabalhador (MENDES et al., 2015).

Dessa forma, aspectos da CIF não contemplados na avaliação são discutidos intersetorialmente, em especial aqueles referentes às “atividades e participação” e aos “fatores ambientais” concernentes ao exercício laboral, por exemplo, atividades realizadas no cargo,

acessibilidade e instalações dos postos de trabalho, relações estabelecidas no local de trabalho, bem como possíveis fatores adoeecedores, tanto em relação aos aspectos emocionais quanto físicos. Nessa perspectiva, é possível obter dados ampliados sobre a problemática em questão, fornecendo à equipe elementos fundamentais para a tomada de decisões no que tange ao direcionamento dos casos acompanhados.

Outro aspecto abordado consiste na possibilidade de reinserção laboral, que é discutida com os outros atores envolvidos no processo, elucidando os fatores facilitadores e dificultadores do processo de acordo com cada percepção, assim como o levantamento da necessidade de condições específicas. Após a identificação destas, cada órgão, a partir das suas competências específicas, assume os compromissos elencados para garantir o retorno ao trabalho dos servidores de forma adequada e em compatibilidade com as suas condições laborais. O RPPS fica incumbido de avaliar e indicar as condições necessárias para um retorno ao trabalho, realizar a preparação do servidor para esse processo, acompanhar todas as ações articulatórias com os diversos órgãos parceiros para efetivação do retorno ao trabalho; os RH responsabilizam-se pela lotação/realocação dos servidores previamente ao momento do retorno ao trabalho, participando do processo de escolha do local e articulando o cargo e as atividades a serem desempenhadas e os serviços disponíveis no âmbito municipal; o SEESMT fica responsável pela avaliação e formalização das necessidades dos servidores, preparação do ambiente físico e relacional, por meio da avaliação e adequação ergonômica e da orientação das chefias e dos colegas de trabalho.

3.4 Discussão dos dados obtidos nas avaliações

Após avaliação, os casos são discutidos entre os integrantes da equipe transdisciplinar com o objetivo de elucidar os aspectos observados durante a entrevista, construindo, assim, um panorama geral acerca do quadro. Tal etapa parece crucial para um entendimento mais amplo e integral das circunstâncias em que ocorre o afastamento dos servidores, pois possibilita que cada profissional exponha sua visão a partir de sua competência, conforme aponta a literatura (QUEIROZ; ARAUJO, 2009).

Nesse processo, as particularidades de cada um dos sujeitos são consideradas em uma perspectiva holística, de forma a distinguir aspectos positivos e negativos em cada um dos componentes da CIF bem como a interação dinâmica entre esses componentes, visto que a funcionalidade é compreendida nessa

perspectiva. Assim, são cogitadas as possibilidades de intervenções, pois se considera que uma intervenção em um elemento pode, potencialmente, modificar um ou vários outros elementos (ORGANIZAÇÃO ..., 2003).

Por fim, após as discussões, em consonância, a equipe traça as ações diante do caso visando à garantia dos direitos dos servidores.

3.5 Elaboração do parecer técnico

Após a discussão de cada caso avaliado, a equipe transdisciplinar elabora um relatório da entrevista profissional e, na sequência, um parecer técnico específico de cada área, cujo objetivo principal é esclarecer e apresentar, com base em conhecimento científico, as decisões a serem tomadas em cada caso (CONSELHO..., 2014). Trata-se de uma exposição e manifestação que enfoca objetivamente a situação a ser analisada, referendada a partir de conhecimentos teóricos, éticos e técnicos de cada profissional da equipe, apresentando caráter conclusivo ou indicativo com relação ao que foi solicitado. Assim, entende-se que o parecer formaliza o trabalho realizado, direcionando a avaliação médico-pericial, gerando elementos relevantes para decisões superiores, que, neste estudo, referem-se à sugestão da capacidade ou não para o trabalho (CONSELHO..., 2014).

Esse parecer contém a descrição do atendimento e da decisão da equipe, sendo sua elaboração guiada pela entrevista semiestruturada com base nos quatro componentes da CIF já mencionados. Ademais, é composto por uma descrição detalhada da entrevista realizada, que é elaborada por todos os profissionais participantes, seguido do parecer individual de cada profissional, com sugestões de desfechos, de forma a subsidiar as discussões médico-periciais. Estas são ponderadas, partindo da importância de um desempenho pleno do trabalho em compatibilidade com as condições funcionais e necessidade de promoção da participação, conforme preconiza a CIF, além da necessidade de prevenção de novos agravos à saúde do servidor. Assim, as categorias observadas nos pareceres são definidas com base nos conceitos de funcionalidade e de incapacidade da CIF (ORGANIZAÇÃO ..., 2003):

- (1) alta comum, quando se constata a ausência de incapacidade para o retorno ao trabalho nas condições atuais;
- (2) alta com restrições funcionais, quando a capacidade funcional se encontra parcialmente comprometida, sendo necessárias restrições para uma ou mais atividades, em caráter temporário ou permanente, de forma a não descaracterizar o cargo ocupado de provimento original;

- (3) alta mediante readaptação funcional, em casos em que a capacidade funcional é incompatível com as atividades do cargo em que o servidor ocupa. Nesse processo, são definidas, com o servidor, novas possibilidades de atuação profissional, de acordo com a sua capacidade funcional remanescente e seu perfil, sendo realizadas, sempre que necessário, ações voltadas para a qualificação dos servidores;
- (4) alta com sugestão de transferências e/ou mudanças nos postos de trabalho, em casos em que se observam fatores ambientais limitadores, tais como falta de acessibilidade, mobiliários não ergonômicos e condições de trabalho inadequadas. Nesse contexto, as mudanças são sugeridas de acordo com as possibilidades institucionais de modificações de ordem física e/ou organizacional;
- (5) alta com sugestão de mudança no turno de trabalho, em casos em que se observa a necessidade de alterações específicas no que diz respeito ao horário de trabalho, devido a questões de saúde;
- (6) manutenção do benefício em razão da incapacidade temporária para o desempenho laboral, tendo em vista o entendimento de que essa incapacidade é temporária e passível de tratamento e recuperação;
- (7) sugestão de aposentadoria por invalidez em razão da incapacidade permanente e irreversível para qualquer atividade laboral, após esgotar todas as possibilidades de decisões discriminadas anteriormente.

Após a conclusão, o referido parecer é impresso e anexado ao processo de afastamento dos respectivos servidores. É válido destacar que, em razão disso, os profissionais da equipe levam em consideração os limites éticos referentes ao sigilo profissional, de forma a não expor o servidor e tampouco comprometê-lo, tendo em vista o dever dos profissionais em manter o sigilo profissional, protegendo o servidor em tudo aquilo que os profissionais tomam conhecimento em decorrência do próprio exercício profissional. Assim, existe um cuidado no que tange ao que será descrito nos relatórios e no parecer, sobretudo em razão do vínculo que é estabelecido com os servidores, garantindo que as informações sejam reveladas dentro do que é necessário e pertinente no momento para a decisão pericial (CONSELHO..., 1993, 2005; BRASIL, 2013b).

3.6 Discussão dos casos com os médicos peritos

No contexto da autarquia, a atuação dos médicos peritos é pontual, restringindo-se apenas às perícias médicas, tendo em vista que são contratados na modalidade de credenciamento e não fazem parte do quadro de servidores efetivos; assim, não participam da rotina da autarquia e tampouco têm contato com os outros setores envolvidos no processo. Esse aspecto é demasiadamente negativo, na medida em que se considera a importância da integração dos profissionais, inclusive o médico perito que é o responsável pela decisão pericial (MAENO; VILELA, 2010; BRASIL, 2013a).

Diante disso, após a elaboração do parecer da equipe, que precede as perícias médicas, são realizadas reuniões entre equipe e médico perito com o objetivo de discutir os casos em sua integralidade, sendo apontados aspectos e observações relativos à opinião da equipe no que se refere ao desfecho do caso.

3.7 Formalização dos pedidos de reinserção

Após as perícias médicas, as decisões da equipe e do médico perito em relação aos casos são comunicadas aos órgãos competentes, como os Recursos Humanos da Administração e das Secretarias da PM e demais autarquias, por meio da Comunicação de Resultado de Exame Médico (CREM).

Para os casos com alta mediante restrição funcional, mudança de local, adequação do mobiliário, avaliação ergonômica, mudança de turno, entre outras necessidades verificadas, elaborou-se um fluxo de trabalho entre as equipes já mencionadas e os médicos peritos. Esse fluxo determinou que a alta fosse precedida de um período mínimo de 15 dias, a ser definido em discussões prévias com a finalidade de prover as necessidades do servidor, vislumbrando um retorno ao trabalho adequado e compatível com sua capacidade funcional. Já em relação aos casos com indicação de readaptação, estabeleceu-se a necessidade de um período mínimo de 30 dias, a depender das necessidades do caso e das discussões prévias, com a finalidade de preparar o servidor para a reinserção no trabalho na nova função.

Nesses casos, envia-se uma comunicação formal na qualidade de ofício, a qual é direcionada ao SEESMT da PM e aos Recursos Humanos das autarquias, com prazo adequado de execução para a tomada de providências, conforme acordado em reunião intersetorial. Esse comunicado tem como objetivo informar sobre a decisão da alta e a necessidade de procedimentos a serem realizados, de acordo com

as sugestões propostas pela equipe. A formalização dessas ações é um fator fundamental no trabalho realizado, tendo em vista que a literatura aponta para uma maior efetividade na reinserção do servidor (MAENO; VILELA, 2010).

3.8 Ações para o retorno ao trabalho em condições peculiares

Após receber a solicitação de condições peculiares para o retorno ao trabalho, cabe ao SEESMT implementar as ações subsequentes para a avaliação dos postos de trabalho e das atividades realizadas pelos servidores na reinserção deles. Para tanto, esse órgão conta com uma equipe multidisciplinar composta por médicos peritos, técnico em segurança do trabalho, enfermeira e assistentes sociais, os quais, guiados pela solicitação da previdência no que tange ao retorno ao trabalho com condições específicas, responsabilizam-se pelas ações de avaliação e de reinserção dos servidores. Comumente cabe ao médico do trabalho a formalização das necessidades, as quais serão, posteriormente, providenciadas pelo restante da equipe do SEESMT ou de outros órgãos. Em relação aos servidores que não são da PM, cabe às equipes de RH de cada autarquia o trabalho de reinserção.

A adequação dos postos de trabalho se dá pelas alterações dos mobiliários, pelas adaptações em geral e pela promoção da acessibilidade em consonância com a NBR 9050 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), que tem como objetivo estabelecer critérios e parâmetros técnicos a serem observados quanto ao projeto, à construção, à instalação e à adaptação do meio urbano e rural, e de edificações às condições de acessibilidade (ASSOCIAÇÃO..., 2015). Em casos em que essas solicitações não são possíveis, a transferência de posto de local é proposta, mediante o consentimento dos servidores, cabendo exclusivamente aos RH da Administração e das respectivas secretarias e autarquias a resolução das necessidades de realocação do servidor a ser reinserido.

A restrição parcial de atividades laborais de forma temporária ou permanente é definida pelo médico do trabalho por meio da suspensão de determinadas atividades para as quais os servidores se encontram incapacitados no momento atual; todavia, devido ao potencial para outras atividades contempladas no cargo, este é mantido. Nesses casos, cabe ao SEESMT oficializar os locais de trabalho e os servidores com a finalidade de fazer conhecer a exigência de cumprimento das solicitações médicas, preparar o ambiente de trabalho, a chefia e os colegas sobre a importância de tais medidas.

Nos casos de servidores que requeiram restrição total para as atividades laborais no cargo em que estão lotadas, ainda que ainda apresentem capacidade para o desempenho do trabalho em outros cargos, a readaptação é implementada, primeiramente, no âmbito da previdência, pela definição das potencialidades, dos interesses e da formação profissional com os servidores. Em seguida, as possibilidades são discutidas com os respectivos RH. Por último, tais ações se efetivam na reinserção laboral. Nesse processo, também cabe ao SEESMT a eventual realocação do servidor reinserido, as alterações nos postos de trabalho e o acompanhamento no processo de retorno, com orientações sobre as equipes que receberão os servidores e com preparo delas e do próprio servidor.

3.9 Discussões acerca dos desfechos

Tanto no que tange à restrição funcional quanto à readaptação, o SEESMT é incumbido de realizar reavaliações médicas periódicas vislumbrando um respaldo para a continuidade ou não de tais medidas. Ademais, também é previsto o acompanhamento dos sujeitos submetidos a esses processos, visando monitorar os casos e as reincidências em afastamentos, especialmente avaliar o trabalho das equipes e as formas de torná-lo mais efetivo. A participação da equipe transdisciplinar nesse contexto se dá apenas na discussão dos resultados no contexto de reuniões intersetoriais, cuja finalidade é a apropriação dos resultados do trabalho, visando à superação de dificuldades por meio da implementação de mudanças no fluxo, e a proposição de novas trajetórias em casos sem sucesso.

3.10 Qualificadores da experiência

No período compreendido entre março de 2014 e janeiro de 2017, a equipe transdisciplinar atendeu, conforme critérios já mencionados de seleção, a um total de 326 servidores, os quais tiveram seus processos de auxílio-doença selecionados para a realização de um estudo documental. Após a seleção dos casos, foram realizadas a leitura e a análise dos dados dos registros feitos nos processos, buscando a coleta de informações em duas categorias: (1) o retrato do público atendido por meio de dados sociodemográficos e do afastamento; (2) desfechos dos casos acompanhados até janeiro de 2017.

Posteriormente, os dados levantados foram tabulados em planilhas do Microsoft Excel® 2010 para o cálculo do mínimo, do máximo, da média e do desvio-padrão de cada uma das variáveis.

Os resultados quantitativos obtidos foram analisados à luz do referencial teórico adotado.

4 Resultados e Discussão

4.1 Perfil do público atendido

Os servidores atendidos apresentaram idade média de 49,8 anos, sendo prevalentes os sujeitos na faixa etária adulta, do sexo feminino e com lotação na PM, especialmente da Secretaria Municipal de Educação e Saúde. Os cargos mais frequentes foram: professor do ensino básico, auxiliar administrativo e auxiliar de serviços gerais (Tabela 1).

Em relação ao quadro de adoecimento, os servidores apresentaram afastamentos por um ou mais motivos, ou seja, por uma ou mais CIDs; todavia, CIDs da mesma letra foram contabilizadas apenas uma vez. As doenças mais incidentes foram os TMC (CID F) e as DO (CID M e S) (Tabela 2), o que se mostra

em consonância com estudo epidemiológico sobre a prevalência dessas doenças crônicas no Brasil (SILVA et al., 2003). Esses fatores contribuem para importante impacto social, sobretudo quando se considera que a maioria se apresentava na faixa etária entre 20 e 59 anos (MOURA; CARVALHO; SILVA, 2007).

Cerca de 40% apresentaram afastamento crônico anterior a março de 2014, fator esse que pode ser explicado pela falta de ações anteriores ao ingresso da equipe que vislumbassem uma avaliação holística dos quadros dos servidores, assim como o referencial atualmente utilizado (ORGANIZAÇÃO ..., 2003). Outra possível justificativa é a ausência de um trabalho direcionado para a reinserção laboral do servidor com diferentes profissionais voltados a uma abordagem que visasse à integração dos saberes, conforme se propõe a equipe transdisciplinar (IRRIBARY, 2003).

Dos que não tinham afastamento crônico nesse período anterior ao ingresso da equipe, pouco mais

Tabela 1. Dados sociodemográficos dos servidores.

Dados	Média	Desvio Padrão
Idade (anos) (n = 326)	49,8	11,2
Variáveis categóricas	Grupos	% (n)
Faixa etária (n = 326)	18 a 59 anos	79 (257)
	A partir de 60 anos	21 (69)
Sexo	Feminino	76 (248)
	Masculino	24 (78)
Lotação (n = 326)	Prefeitura Municipal	97 (316)
	Autarquias	2 (7)
	Câmara	1 (3)
Secretarias da Prefeitura Municipal (n = 316)	Educação	50 (158)
	Saúde	29 (92)
	Outras	21 (66)
Cargo (n = 326)	Professor do ensino básico	33 (109)
	Agente administrativo	12 (40)
	Auxiliar de serviços gerais	10 (33)
	Outros	45 (144)

Tabela 2. Dados relativos aos afastamentos.

Variáveis categóricas	Grupos de CID*	% (n)
CID (n = 326) (Total de 395**)	F***	38 (150)
	M****	22 (86)
	S*****	14 (54)
	I*****	7 (28)
	C*****	6 (24)
	Outros	13 (53)
Afastamento crônico anterior a 03/2014 (n = 326)	Não	60 (195)
	Sim	40 (131)
Afastamento crônico entre 03/2014 e 01/2017 (n = 195)	Não	49 (96)
	Sim	51 (99)

*Classificação Internacional de Doenças; **Número total de CIDs apresentados entre a amostra considerando a mesma letra apenas uma vez; ***Transtornos Mentais e do Comportamento; ****Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo; *****Traumatismos e fraturas; *****Doenças do aparelho circulatório; *****Neoplasias (tumores).

da metade (51%) apresentou período crônico de afastamento entre março de 2014 e janeiro de 2017. Esse fator pode ser explicado pela tendência de as doenças crônicas incidirem em longos períodos de afastamento em detrimento da perda progressiva da independência e da funcionalidade (FERREIRA et al., 2012). Outro aspecto que pode justificar tal número de afastamentos crônicos é a necessidade de um tempo para tomada de providências no que tange ao retorno ao trabalho, tanto em relação ao local de trabalho quanto na preparação dos servidores, muito embora a literatura reconheça aspectos negativos da cronificação (SCOPEL, 2005), bem como menores índices de sucesso no retorno ao trabalho (AMERICAN..., 2006).

4.2 Desfechos dos casos acompanhados

No que tange aos desfechos dos casos acompanhados, o principal tipo de medida adotada foi a alta (70%), sendo a alta comum o tipo mais frequente (73%), o que demonstra que, embora em afastamento, parte significativa dos servidores tinham condições de retorno ao trabalho sem nenhuma condição específica (Tabela 3). Paralelamente, esse dado revela que estar doente não implica necessariamente em incapacidade laboral ensejando afastamento do trabalho, já que a capacidade para o trabalho é um fenômeno que vai além da doença, da limitação funcional ou da deficiência física ou mental, envolvendo outras questões, como: escolaridade, idade, sexo, orientação e identidade sexual, raça, qualificação profissional, tipo de atividade a ser desenvolvida, apoio familiar e social, recursos psicológicos individuais e recursos materiais, todos considerados decisivos para o êxito de uma (re)inserção ao trabalho (INSTITUTO..., 2016). Isso reforça ainda mais a importância de uma avaliação específica e criteriosa, que considere não apenas aspectos biológicos, mas também os contextos psicossocial, laboral e ambiental nos quais os servidores se inserem socialmente, conforme propõe a CIF (INSTITUTO..., 2016; ORGANIZAÇÃO..., 2003).

Em segundo lugar (49%), observou-se a alta com restrição funcional, a qual foi direcionada aos servidores que apresentaram incompatibilidade do quadro de saúde com o exercício de uma ou mais atividades desempenhadas em seus cargos de origem, todavia com capacidade laboral parcial para exercê-los, bem como em casos em que o exercício de determinadas atividades poderia contribuir para potencial agravamento do quadro de saúde (Tabela 3). Esses aspectos corroboram o direito ao trabalho em compatibilidade com as condições dos sujeitos, segundo prevê a OIT (ROSSI et al., 2007), e a necessidade de prevenção de novos agravamentos

Tabela 3. Resoluções dos casos.

Variáveis categóricas	Grupos	% (n)
Resolução dos casos (n = 326)	Alta	70 (227)
	Aposentadoria	18 (58)
	Falecimento	4 (12)
	Exoneração	5 (15)
	Afastado	2 (8)
	Processo judicial	1 (6)
Variáveis categóricas	Grupos	% (n)
Tipos de alta (n = 227)	Comum	73 (166)
	Com restrição	21 (49)
	Mudança de local	3 (7)
	Readaptação	2 (4)
	Mudança de horário	1 (1)
Reincidência após alta (n = 227)	Ausente	64 (146)
	Presente	36 (81)

à saúde, por meio de ações que restrinjam a execução de atividades com potencial de prejuízo à saúde do servidor ou que sejam incompatíveis com suas condições funcionais, bem como diminuição da carga de trabalho (TOLDRÁ et al., 2010), conforme observado em outra experiência (SAMPAIO et al., 2005). Isso contribui para a prevenção de readaptações, modalidade essa que se mostrou sobremodo importante, visto que o aproveitamento do potencial laboral residual do servidor em seu cargo de origem, mantendo a formação e qualificação profissional, é vislumbrado enquanto fator facilitador desse processo de reinserção (TOLDRÁ et al., 2010).

Embora restritas em comparação a períodos anteriores ao ingresso da equipe, foram feitas indicações de readaptação (4%) (Tabela 3), as quais somente são indicadas em caso extremo de incapacidade funcional para o cargo de origem (BRASIL, 1990), visto que são reportadas maiores dificuldades devido a impasses no que tange à formação e à qualificação profissional, exigindo maiores demandas no processo de reinserção (TOLDRÁ et al., 2010). A despeito das dificuldades, elas corroboram as proposições da CIF sobre a promoção da funcionalidade com base em fatores da participação social e desempenho de atividades por meio de mudanças nestas e/ou nos fatores ambientais (ORGANIZAÇÃO ..., 2003), contribuindo para a redução e a superação das desvantagens decorrentes das incapacidades (MOOM; GEICKER, 1998).

Essas ações específicas para o retorno ao trabalho foram facilitadoras no processo de reinserção,

confirmando as proposições da literatura sobre a importância de um trabalho que viabilize o exercício profissional em compatibilidade com o quadro clínico-funcional dos servidores (TOLDRÁ et al., 2010). Muito embora a cronicidade seja considerada um fator negativo no processo de retorno laboral (SCOPEL, 2005; AMERICAN..., 2006), o acompanhamento da equipe pareceu ser um possível fator positivo no processo de retorno, visto que, dos servidores com afastamentos crônicos anteriores que tiveram alta (n = 81), 37 não apresentaram reincidências até o presente momento (Figura 1).

Paralelamente a esses aspectos, também se observou que, de um total de 146 servidores sem períodos crônicos anteriores, 109 não apresentaram reincidências (Figura 1), o que pode ser justificado pela implementação de um trabalho avaliativo holístico, com reinserção laboral precoce em compatibilidade com a funcionalidade apresentada pelos sujeitos, fator esse compreendido enquanto facilitador no processo de retorno ao trabalho, de forma a prevenir tempos prolongados de licença e de cronificação do quadro (AMERICAN..., 2006; TOLDRÁ et al., 2010). A ausência de reincidências também pode ser explicada à luz dos desdobramentos positivos da reinserção laboral na vida dos sujeitos quando esta é viabilizada e acontece em compatibilidade com as condições dos sujeitos (GRAVINA; NOGUEIRA; ROCHA, 2003).

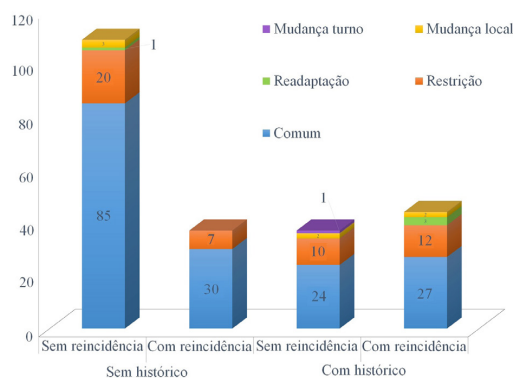


Figura 1. Dados sobre tipos de alta, reincidência e histórico de afastamento anterior a março de 2014.

Esses dados corroboram a redução geral do número de servidores em afastamento com períodos crônicos na autarquia, quando se compara março de 2014 a janeiro de 2017, sobretudo pela mudança no perfil de servidores em afastamento crônico de problemas relativos aos TMC para aqueles relativos à CID C, a qual se refere a motivos de neoplasias malignas (Tabela 4). Esses dados se relacionam com o perfil de doenças crônicas que levam à morte, já que dados gerais revelam que o câncer representa, atualmente, a segunda causa de morte no mundo, com demanda de longos períodos de tratamento, constituindo-se uma importante questão de saúde pública (INSTITUTO..., 2012), o que também justifica longos períodos de afastamento, já que as neoplasias exigem um período maior para a realização do tratamento, com duração variável de 90 dias, a depender do grau de comprometimento da doença (UNIVERSIDADE..., 2010).

A despeito desses aspectos, ainda se observam muitos casos que apresentam reincidências entre a amostra (36%) (Tabela 3), sobretudo aqueles com históricos anteriores, bem como muitos que apresentavam períodos crônicos anteriores ao ingresso da equipe e que ainda apresentam reincidências (n = 44) (Figura 1). Embora diversos casos tenham sido acompanhados pela equipe e igualmente tenham sido alvos de ações voltadas ao retorno laboral adequado, fatores diversos foram considerados enquanto limitadores no processo. Desses fatores, podemos citar aspectos relativos a incapacidades, tais como a cronicidade e o agravamento da doença (MOURA; CARVALHO; SILVA, 2007), bem como aspectos pessoais, como a falta ou a parcialidade na adesão ao processo de retorno laboral, que também podem justificar tais questões (GRAVINA; NOGUEIRA; ROCHA, 2003).

Outro aspecto possivelmente relacionado a isso é a ausência de intervenções anteriores a março de 2014 voltadas à reinserção e o alto número de sujeitos com afastamentos, sobretudo, com histórico de cronicidade anterior ao ingresso da equipe (Tabela 2). Assim, considera-se que o acompanhamento por parte da equipe pode contribuir para diminuição do tempo de afastamento e em maiores índices de sucesso

Tabela 4. Dados referentes ao número de servidores em afastamento em cada período.

Período (mês/ano)	Total geral de servidores em afastamento*	Total de casos acompanhados**	CID crônica prevalente
03/2014	135	61	F***
03/2014-12/2016	815	99	F***
01/2017	64	12	C****

*Afastamentos por motivos diversos, sendo considerados também servidores com outras CIDs não acompanhados pela equipe; **Servidores acompanhados pela equipe com perfil de cronicidade abordado por este estudo. ***Transtornos Mentais e do Comportamento; ****Neoplasias (tumores).

no processo de retorno, conforme prevê a literatura (AMERICAN..., 2006; SCOPEL, 2005; ALEVATO, 2011; FIORIN; MESSIAS; BILBAO, 2013; BRASIL, 2013a). Ademais, considera-se o trabalho intersetorial, com a articulação eficiente entre os diferentes atores envolvidos no processo, como essencial facilitador na reinserção desses sujeitos (TOLDRÁ et al., 2010; PEREIRA; TEIXEIRA, 2013).

Também não se pode deixar de citar como possível justificativa para alguns casos de reincidências e/ou não êxito no processo de reinserção a ausência de normatização do trabalho da equipe como um todo, com pouco respaldo para as ações implementadas, e a ausência de recursos. Assim, as ações nesse processo ficaram restritas a PM e autarquias, ou seja, o servidor era treinado para a nova função apenas no seu retorno, sem ações específicas prévias para a sua qualificação, o que pode ser um grande problema, visto que a ausência de treinamento para as novas tarefas, atividades e funções pode constituir-se enquanto fator que favorece para que o sujeito fique à margem do processo produtivo, reforçando experiências de fracasso, bem como para a piora da sintomatologia (TOLDRÁ et al., 2010), o que implica em possíveis reincidências e cronicidade dos casos.

Esses aspectos ratificam os dados do MTE (BRASIL, 2013a), que apontam que, em esfera nacional, a reabilitação profissional não tem qualquer prioridade (MAENO; VILELA, 2010; BRASIL, 2013a). Além disso, considera-se que, quando a equipe é insuficiente para lidar com as demandas de reabilitação profissional, a organização do processo tende a gerar obstáculos intransponíveis: a prevalência das decisões médicas, sem a participação de uma equipe multidisciplinar; a conduta médica e o despreparo técnico para avaliação pericial; a demora na avaliação e o encaminhamento para o programa de reabilitação profissional; a falta de ações conjuntas com todos os órgãos envolvidos etc. (BRASIL, 2013a).

Sendo assim, cabe aqui reforçar a necessidade de normatização do trabalho em tela como um todo, bem como a implementação de um programa eficaz de reabilitação profissional, sobretudo para garantir um retorno ao trabalho em condições compatíveis, prevenindo desdobramentos negativos, tanto para o empregador quanto para os trabalhadores. É por isso que se concorda com o fato de que deveria haver, por parte do poder público, uma prática rotineira na avaliação contínua de ações nesse âmbito voltadas ao trabalhador (BRASIL, 2013a).

Complementando esses achados, o que se observa, a partir da análise dos dados deste estudo, é que o campo da saúde do trabalhador não foi ainda

plenamente acolhido pela saúde pública, vivendo um desafio permanente para seu desenvolvimento técnico-operacional das práticas de saúde em geral que, em muitas situações, são isoladas, desconsiderando as políticas setoriais. Tal aspecto constituiu-se em um dos principais desafios na consideração da centralidade da categoria “trabalho” nos determinantes sociais dos agravos da população (MENDES et al., 2015).

5 Conclusão

De forma geral, é possível concluir que as ações desenvolvidas pela equipe transdisciplinar têm sido relevantes no processo de avaliação, acompanhamento e reinserção dos servidores afastados por auxílio-doença, especialmente nos casos de afastamentos crônicos, com redução substancial dos afastamentos, sobretudo os caracterizados por cronicidade. Essa experiência se mostrou inovadora na área, já que não foram encontrados estudos e relatos de experiências na literatura sobre o processo de reinserção no âmbito dos RPPS e tampouco com uma configuração transdisciplinar.

Pode-se dizer que o trabalho possibilitou a reinserção laboral de servidores com comprometimentos de ordens diversas a partir de uma perspectiva ampliada de funcionalidade, que considera, além das estruturas e funções do corpo, as atividades, a participação e o ambiente, conforme prevê a CIF. Essa condição corrobora as recomendações da ONU, da OMS, da OIT e das legislações nacionais, que garantem o direito ao trabalho digno e à saúde do trabalhador.

Destaca-se a importância do trabalho que inclui profissionais não médicos a partir de uma abordagem transdisciplinar, com integração dos saberes no processo de avaliação, acompanhamento e reinserção laboral de servidores públicos estatutários. Ademais, ressalta-se a importância do trabalho intersetorial com a PM e as autarquias, que tem contribuído para que as altas mediante condições específicas se concretizem, viabilizando um trabalho efetivo de reinserção laboral do servidor de maneira adequada e sustentável.

Pontua-se que ainda são observadas dificuldades no trabalho realizado, fato esse que aponta para a necessidade de normatização das ações realizadas pela equipe, sobretudo no que tange ao processo de reabilitação profissional, vislumbrando ações mais efetivas por meio de respaldo legal e normativo. Além disso, novas políticas públicas que contemplem a temática de saúde do trabalhador, contando, principalmente, com o apoio e a colaboração do empregador são imprescindíveis.

Devido às especificidades em que este estudo se deu, observam-se limitações com relação aos

desfechos sob a ótica dos servidores e colegas de trabalho, bem como informações mais detalhadas sobre o acompanhamento por parte da PM e das autarquias. Sendo assim, reforça-se a necessidade de estudos que visem demonstrar dados sobre a eficácia das intervenções realizadas sob a ótica dos servidores, visando identificar aspectos positivos e negativos do trabalho, sobretudo direcionamentos para aprimoramento do trabalho em questão.

Referências

- ALEVATO, H. Os desafios da reinserção laboral dos afastados por transtornos mentais e comportamentais. *Revista Rede de Estudos do Trabalho*, Marília, n. 5, p. 139-162, 2011. Disponível em: <<http://www.estudosdotrabalho.org>>. Acesso em: 13 jan. 2017.
- AMERICAN COLLEGE OF OCCUPATIONAL AND ENVIRONMENTAL MEDICINE – ACOEM. *Preventing Needless Work Disability by Helping People Stay Employed*. USA, 2006. Disponível em: <<https://www.acoem.org/PreventingNeedlessWorkDisability.aspx>>. Acesso em: 15 jan. 2017.
- ARNETZ, B. B. et al. Early workplace intervention for employees with musculoskeletal-related absenteeism: a prospective controlled intervention. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, Baltimore, v. 45, n. 5, p. 499-506, 2003.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – ABNT. *NBR 9050: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos*. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<http://www.abntonline.com.br/consultanacional>>. Acesso em: 24 nov. 2016.
- BORSOI, I. C. F. Da relação entre trabalho e saúde à relação entre trabalho e saúde mental. *Psicologia e Sociedade*, Porto Alegre, v. 19, p. 103-11, 2007. Número Especial.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL. Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 11 dez. 1990. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8112cons.htm>. Acesso em: 2 jan. 2017.
- BRASIL. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 24 jul. 1991. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213cons.htm>. Acesso em: 9 dez. 2016.
- BRASIL. Lei nº 9.717, de 27 de novembro de 1998. Dispõe sobre regras gerais para a organização e o funcionamento dos regimes próprios de previdência social dos servidores públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, dos militares dos Estados e do Distrito Federal e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 27 nov. 1998. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9717.htm>. Acesso em: 24 nov. 2016.
- BRASIL. Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 6 maio 1999. Disponível em: <www.ieprev.com.br/legislacao/leg_7188.html>. Acesso em: 2 jan. 2017.
- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. *Proposta de diretrizes para uma política de reabilitação profissional*. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2013a. Disponível em: <<http://www.diesat.org.br/arquivos/DIRETRIZES-RP.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2017.
- BRASIL. Resolução nº 425, de 8 de julho de 2013. Estabelece o Código de Ética e Deontologia da Terapia Ocupacional. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 8 jul. 2013b. Disponível em: <<http://www.crefito.com.br/repository/legislacao/resolu%C3%A7%C3%A3o%20425.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2017.
- BRASIL. Ministério do Trabalho e da Previdência Social. *Perguntas frequentes*. Brasília, 2016. Disponível em: <<http://www.mtps.gov.br/perguntas-frequentes?catid=24>>. Acesso em: 1 jun. 2016.
- BREGALDA, M. M.; LOPES, R. E. O programa de Reabilitação Profissional do INSS: apontamentos iniciais a partir de uma experiência. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 19, n. 2, p. 249-261, 2011.
- CARNEIRO, S. A. M. Saúde do trabalhador público: questão para a gestão de pessoas – a experiência na Prefeitura de São Paulo. *Revista do Serviço Público*, Brasília, v. 57, n. 1, p. 23-49, 2006.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP. *Código de Ética Profissional do Psicólogo*. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL – CFESS. Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 8 jun. 1993. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2016.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL – CFESS. *O Estudo Social em perícias, laudos e pareceres técnicos: debates atuais no Judiciário, no Penitenciário e na Previdência Social*. São Paulo: Cortez, 2014.
- CUNHA, J. B.; BLANK, V. L. G.; BOING, A. F. Tendência temporal de afastamento do trabalho em servidores públicos (1995-2005). *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 226-236, 2009.
- CUTAIT NETO, M. *Auxílio-Doença*. São Paulo: Editora J. H. Zuno, 2006.

- FERREIRA, H. P. et al. O impacto da doença crônica no cuidador. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 278-284, 2012.
- FERREIRA, R. C.; VARGA, C. R. R.; SILVA, R. F. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1421-1428, 2009. Suplemento 1. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v14s1/a15v14s1.pdf>>. Acesso em: 3 jun. 2017.
- FIORIN, G. S.; MESSIAS, J. C. C.; BILBAO, G. G. L. O retorno de professores ao trabalho após afastamentos por licença-saúde. *Revista Sul Americana de Psicologia*, Americana, v. 1, n. 2, p. 201-215, 2013.
- GRAVINA, M. E. R.; NOGUEIRA, D. P.; ROCHA, L. E. Reabilitação Profissional em um banco: facilitadores e dificultadores no retorno ao trabalho. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 19-26, 2003. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13911/15729>>. Acesso em: 15 jan. 2017.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA – INCA. *Diretrizes para vigilância do câncer relacionado ao trabalho*. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/inca/diretrizes_vigilancia_cancer_trabalho.pdf>. Acesso em: 8 fev. 2017.
- INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL – INSS. *Manual Técnico de Procedimentos da área da Reabilitação Profissional*. Brasília: DIRSAT, 2016.
- IRRIBARY, I. N. Aproximações sobre a Transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos, e princípios aplicados ao trabalho de equipe. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 16, n. 3, p. 483-490, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v16n3/v16n3a07.pdf>>. Acesso em: 2 jan. 2017.
- LANCMAN, S. O mundo do trabalho e a psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 25-36.
- MAENO, M.; VILELA, R. A. G. Reabilitação profissional no Brasil: elementos para a construção de uma política pública. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 35, n. 121, p. 87-99, 2010.
- MAYNART, W. H. C. et al. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 300-303, 2014.
- MENDES, J. M. R. et al. Saúde do Trabalhador: desafios na efetivação do direito à saúde. *Argumentum*, Vitória, v. 1, n. 2, p. 194-207, 2015. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/10349/8253>>. Acesso em: 17 fev. 2017.
- MENEZES, A. O desemprego e suas consequências biopsicossociais. *Ciente Fico*, Salvador, v. 1, n. 7, p. 11-14, 2007. Disponível em: <<http://www.frb.br/ciente/ADM/ADM.MENEZES.F1.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2017.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.
- MOOM, W.; GEICKER, O. *Disability: concepts and definitions. disability and work*. Encyclopedia of Occupational Health and Safety. Geneva: OIT, 1998. CD-ROM.
- MOURA, A. A. G.; CARVALHO, E. F.; SILVA, N. J. C. Repercussão das doenças crônicas não-transmissíveis na concessão de benefícios pela previdência social. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1661-1672, 2007.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. São Paulo: EDUSP, 2003.
- PEREIRA, K. Y.; TEIXEIRA, S. M. Redes e intersetorialidade nas políticas sociais: reflexões sobre sua concepção na política de assistência social. *Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 114-127, 2013.
- QUEIROZ, E.; ARAUJO, T. C. C. F. Trabalho de equipe em reabilitação: um estudo sobre a percepção individual e grupal dos profissionais de saúde. *Paidéia*, Ribeirão Preto, v. 19, n. 43, p. 177-187, 2009.
- RANGEL, L. A. et al. Conquistas, Desafios e Perspectivas da Previdência Social no Brasil: Vinte anos após a promulgação da Constituição Federal de 1988. In: INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. *Boletim de Políticas Sociais: acompanhamento e análise. “Políticas Sociais: acompanhamento e análise - Vinte Anos da Constituição Federal”*. Brasília: IPEA, 2009. p. 41-94. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/politicas_sociais/05_capt02_7e.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2016.
- ROSSI, D. et al. Habilitação e Reabilitação Profissional: abordagem interdisciplinar, intersetorial e interinstitucional. In: SEMINÁRIO REABILITAÇÃO PROFISSIONAL PÚBLICA, UM DIREITO DO CIDADÃO, 2007, São Paulo, *Anais...* São Paulo: Fundacentro, 2007. Documento para discussão pública.
- SAMPAIO, R. F. et al. Implantação de serviço de reabilitação profissional: a experiência da UFMG. *Fisioterapia e Pesquisa*, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 28-34, 2005.
- SÃO PAULO. Prefeitura. *Manual de readaptação, restrição funcional e reabilitação profissional*. São Paulo: Prefeitura Municipal, 2012. Disponível em: <www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/cgp/GEDEO/manual%20de%20reabilitacao.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2017.
- SCOPEL, M. J. *Retorno ao trabalho: trajetória de trabalhadores metalúrgicos portadores de LER/DORT*. 2005. 131 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.
- SHAW, W. S.; PRANSKY, G.; WINTERS, T. The back disability risk questionnaire for work-related, acute back pain: prediction of unresolved problems at 3-month follow-up. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, Baltimore, v. 51, n. 2, p. 185-194, 2009.

- SILVA, J. J. B. et al. Doenças e agravos não-transmissíveis: bases epidemiológicas. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 289-311.
- TAKAHASHI, M. A. B. C. et al. Programa de reabilitação profissional para trabalhadores com incapacidades por LER/DORT: relato de experiência do Cerest–Piracicaba, SP. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 35, n. 121, p. 100-111, 2010.
- TAKAHASHI, M. A. B. C.; CANESQUI, A. M. Pesquisa avaliativa em reabilitação profissional: a efetividade de um serviço em desconstrução. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1473-1483, 2003.
- TAVARES, A. A. et al. (Re)Organização do cotidiano de indivíduos com doenças crônicas a partir da estratégia de grupo. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 20, n. 1, p. 95-105, 2012.
- TOLDRÁ, R. C. et al. Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um centro de referência em saúde do trabalhador – SP, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 35, n. 121, p. 10-22, 2010.
- UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JULIO DE MESQUITA FILHO” – UNESP. *Manual de Procedimentos de Perícia em Saúde*. Araraquara, 2010. Disponível em: <http://unesp.br/costa/mostra_arq_multi.php?arquivo=7701>. Acesso em: 2 fev. 2017.
- VASCONCELOS, Z. B.; OLIVEIRA, I. D. *Orientação vocacional: alguns aspectos teóricos, técnicos e práticos*. São Paulo: Vetor, 2004.
- VERBRUGGE, L. M.; JETTE, A. M. The disablement process. *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 38, n. 1, p. 1-14, 1994.
- WORLD FEDERATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS – WFOT. *Definition of Occupational Therapy*. USA, 2012. Disponível em: <<http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/DefinitionofOccupationalTherapy.aspx>>. Acesso em: 23 fev. 2013.

Contribuição dos Autores

Camila e Vagner Augusto - Concepção do texto, organização de fontes e/ou análises, redação do texto, revisão. Emanuelli Virginia - Concepção do texto, redação do texto, revisão. Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Notas

- ¹ Criada pela OMS e com a primeira versão disponibilizada em língua portuguesa no ano de 2003.
- ² Pessoa legalmente investida em cargo de provimento efetivo, inserida em espaços de trabalho no âmbito da administração pública, seja direta, seja indireta, conforme Lei Federal nº 8.112/1990 (BRASIL, 1990).
- ³ Os RPPS têm seu surgimento no contexto constitucional, no artigo 40, como possibilidade de proteção social dos servidores efetivos estatutários, cujas regras gerais para organização e funcionamento estão dispostas na Lei Federal nº 9.717/1998 (BRASIL, 1988, 1998). Trata-se de um sistema de previdência estabelecido no âmbito de cada ente federativo, com a finalidade de assegurar por lei, minimamente, os benefícios de aposentadoria e pensão por morte desses servidores, sendo, posteriormente, normatizados por outras legislações, tais como a EC nº 41, o que gerou maior isonomia entre os regimes de previdência (BRASIL, 2016; RANGEL et al., 2009).