Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Marden Samir Santa Marinha

# Readaptação funcional no serviço público federal: um outro olhar para uma necessidade real

Rio de Janeiro
2019

Marden Samir Santa Marinha

# Readaptação funcional no serviço público federal: um outro olhar para uma necessidade real

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública e Meio Ambiente da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Orientadoras: Profª Drª Maria de Fátima Ramos Moreira; Profª Drª Liliane Reis Teixeira; Profª Drª Elvira Maria Godinho de Seixas Maciel

Rio de Janeiro

2019

Catalogação na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

M338r Marinha, Marden Samir Santa
Readaptação funcional o serviço público federal: um outro olhar para uma necessidade real / Marden Samir Santa Marinha. – 2019.
106 f. :tab.

Orientadoras Maria de Fatima ramos Moreira, Liliane Reis Teixeira e Elvira Maria Godinho de Seixas Maciel.
Tese (Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2019.

1. Reabilitação. 2. Saúde do Trabalhador. 3. Absenteísmo. 4. Aposentadoria. 5. Recursos Humanos. 6. Setor Público. 7. Invalidez I. Título.

CDD – 23.ed. – 363.11

Marden Samir Santa Marinha

**Readaptação funcional no serviço público federal:**
**um outro olhar para uma necessidade real**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública e Meio Ambiente da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovada em 27/03/2019

Banca Examinadora

_____
Profª Drª Silvia Rodrigues Jardim (IPUB/UFRJ)

_____
Prof. Drª. Adriana Kelly Santos (IOC/FIOCRUZ)

_____
Profª. Drª. Simone Santos Oliveira (ENSP/FIOCRUZ)

_____
Profª Drª Katia Reis de Souza (ENSP/FIOCRUZ)

_____
Profª Drª. Maria de Fátima Ramos Moreira (ENSP/FIOCRUZ)

Rio de Janeiro
2019

**Dedicatória**

A minha querida mãe, Manon, por sempre me estimular e me ensinar que o conhecimento e a educação são mecanismos de transformação permanente.
Ao meu pai Noélcio por me apoiar.
Ao Cristiano, por estar ao meu lado em todos os momentos difíceis e me ajudar a olhar o mundo por outras lentes.
Aos amigos e amigas que sempre torceram por mim, independente da distância.

## AGRADECIMENTOS

A minha orientadora Fátima Moreira, pela confiança e respeito dedicados em cada momento dessa jornada.

A minha co-orientadora Liliane Teixeira por sua receptividade, solitude e pelo desenho de novas possibilidades.

A minha co-orientadora Elvira Maciel por acreditar nas possibilidades que outros não veem, por sua sensibilidade e disponibilidade.

Ao Juliano Lima por compreender e permitir a realização desse estudo na Fundação Oswaldo Cruz.

Aos colegas Sergio Reis e Fatima Ayres pela contribuição dada quando na Diretoria de Recursos Humanos.

As colegas do Núcleo de Perícia e Avaliação Funcional em Saúde (NUPAFS/CST/FIOCRUZ) Marcia Mileto, Daniely Silva, Sueli Sousa, Helena Garbin e Isabel Braga pelo apoio permanente.

A minha querida Ana Bordalo por sempre torcer positivamente!

Aos profissionais da saúde do trabalhador que aceitaram em participar da pesquisa e por acreditarem na possibilidade de mudanças.

**Navegar é Preciso**

Navegadores antigos tinham uma frase gloriosa:

"Navegar é preciso; viver não é preciso".

Quero para mim o espírito [d]esta frase,
transformada a forma para a casar como eu sou:

Viver não é necessário; o que é necessário é criar.
Não conto gozar a minha vida; nem em gozá-la penso.
Só quero torná-la grande,
ainda que para isso tenha de ser o meu corpo e a (minha alma) a lenha desse fogo.

Só quero torná-la de toda a humanidade;
ainda que para isso tenha de a perder como minha.
Cada vez mais assim penso.

Cada vez mais ponho da essência anímica do meu sangue
o propósito impessoal de engrandecer a pátria e contribuir
para a evolução da humanidade.

É a forma que em mim tomou o misticismo da nossa Raça.

*Fernando Pessoa*

## RESUMO

**Introdução:** O absenteísmo, pela incapacidade laboral do trabalhador, pode resultar em longos períodos de ausência ou em aposentadorias por invalidez precoces. Ao se tratar do serviço público federal, existe a possibilidade da readaptação funcional do servidor, avaliada a partir da restrição de atividades pela perícia oficial em saúde. Contudo, as diretrizes confusas e procedimentos operacionais pouco claros para a reinserção social do trabalhador pela readaptação dificultam a sua efetivação. **Objetivo:** Analisar a proposta oficial para readaptação funcional do servidor público federal na Fundação Oswaldo Cruz. **Metodologia:** Realizou-se a coleta de dados por meio de uma pesquisa documental sobre a readaptação funcional, numa perspectiva histórica, análise de conteúdo a partir de grupo focal com os profissionais de saúde do trabalhador da FIOCRUZ, estudo ecológico sobre as taxas de licenças médicas, estudos transversais sobre absenteísmo e aposentadorias por invalidez no período de 2012 a 2016. **Resultados:** Somente com a Lei nº 8.112/90, a readaptação funcional passou a ter uma perspectiva exclusiva de saúde. As normativas legais não se mostraram suficientes para compreensão e aplicação do processo de readaptação funcional. As doenças crônicas não transmissíveis são as que mais afastam do trabalho e aposentam por invalidez, tendo especial importância os transtornos mentais e comportamentais. **Conclusão:** Demonstrou-se ser indispensável a redução do distanciamento entre a normativa e a prática. O modelo biomédico vigente para avaliação da incapacidade é insuficiente para tratar da readaptação funcional. É necessário ampliar as atividades de vigilância em saúde do trabalhador, com vistas ao reconhecimento do modelo social da saúde, bem como melhor conhecimento dos ambientes e processos de trabalho. A readaptação funcional é possível pela construção de um processo de diálogo com envolvimento do coletivo.



**Palavras-chave:** reabilitação, saúde do trabalhador, absenteísmo, aposentadoria, invalidez, previdência social, recursos humanos, setor público.

## ABSTRACT

**Introduction:** Absenteeism, due to the incapacity of the worker, may result in long periods of absence or in early retirement pensions. In the case of the federal public service, there is the possibility of functional readaptation of the server, evaluated from the restriction of activities by the official health expertise. However, intricate guidelines and unclear operational procedures for the social reintegration of the worker through readaptation make it difficult to become effective. **Objective:** To analyze the official proposal for the functional readaptation of the federal public servant at the Oswaldo Cruz Foundation. **Methods:** Dara were collected in a historical perspective through a documentary research about functional readaptation, the content analyses was applied after a focus group with FIOCRUZ workers' health professionals, it were also taken an ecological study on sick leaves and cross-sectional studies on absenteeism and disability retirement in the period from 2012 to 2016. **Results:** Only with Law nº 8.112/90 does the functional readaptation had an exclusive health perspective. The legal regulations were not enough to understand and apply the functional readaptation process. Non-communicable chronic diseases are the ones that move away from work and retire because of disability, with special attention to mental and behavioral disorders. **Conclusion:** It has been demonstrated that is essential to reduce the gap between regulation and practice. The current biomedical model for assessing disability is insufficient to address functional readaptation. It is necessary to expand workers' health surveillance activities with a view to recognizing the social health model, such as a better knowledge of work environments and processes. Functional readaptation is possible by the construction of a dialogue process involving the collective.



Key-words: rehabilitation, occupational health, absenteeism, retirement, disability, social security, human resources, public sector.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

**Artigo 3**


| | | |
|---|---|---|
| Figura 1 | Taxas de licenças para tratamento da própria saúde por cem servidores, na FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2012–2015 | 68 |

## LISTA DE TABELAS


**Artigo 1**

Tabela 1 Distribuição dos documentos por período, Brasil, 1824-2017 (n=112) 34

**Artigo 4**

Tabela 1 Distribuição dos afastamentos, por tipo de licença e ano de ocorrência, unidades da Fundação Oswaldo Cruz no Brasil, 2012–2016 (n=2.476). 77

Tabela 2 Distribuição dos afastamentos, por faixa etária e sexo, unidades da Fundação Oswaldo Cruz no Brasil, 2012– 2016 (n=2.476). 77

Tabela 3 Distribuição das licenças dos servidores da Fundação Oswaldo Cruz, por sexo, faixa etária, função e unidade, segundo episódios de licença, unidades da FIOCRUZ no Brasil, 2012–2016 (n=2.476) 78

Tabela 4 Descrição dos dias de afastamento, por desfechos da licença, unidades da Fundação Oswaldo Cruz no Brasil, 2012–2016 (n=2.476). 79

**Artigo 5**

Tabela 1 Distribuição das aposentadorias por tipo e ano, unidades da FIOCRUZ no Brasil, 2012-2016 (n=446) 91

Tabela 2 Descrição das aposentadorias por tipo, sexo, mediana de idade e de tempo trabalhado, unidades da Fundação Oswaldo Cruz, 2012-2016 (n= 446) 92

Tabela 3 Distribuição da aposentadoria por invalidez na FIOCRUZ, por sexo e cargo, unidades da FIOCRUZ no Brasil, 2012-2016 (n=5.465) 92

**SUMÁRIO**


| | | |
|---|---|---|
| **1** | **INTRODUÇÃO** | **13** |
| **2** | **FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA** | **16** |
| 2.1 | ASPECTOS HISTÓRICOS EM RELAÇÃO À PRÁTICA MÉDICA | 16 |
| 2.2 | NORMALIDADE, NORMATIVIDADE E SAÚDE | 19 |
| 2.3 | DEFICIÊNCIA E INCAPACIDADE | 21 |
| 2.4 | SAÚDE DO TRABALHADOR | 26 |
| **3** | **OBJETIVOS** | **29** |
| 3.1 | OBJETIVO GERAL | 29 |
| 3.2 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 29 |
| **4** | **ESTRUTURA DA TESE** | **30** |
| **5** | **ARTIGO 1: SAÚDE DO TRABALHADOR E DIREITOS SOCIAIS, UMA BUSCA DA READAPTAÇÃO FUNCIONAL NUMA PERSPECTIVA HISTÓRICA** | **31** |
| **6** | **ARTIGO 2: A READAPTAÇÃO FUNCIONAL SOB O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE DO TRABALHADOR** | **48** |
| **7** | **ARTIGO 3: AVALIAÇÃO DAS LICENÇAS PARA TRATAMENTO DE SAÚDE APÓS IMPLANTAÇÃO DO SUBSISTEMA INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR NA FIOCRUZ: QUADRIÊNIO 2012-2015** | **64** |
| **8** | **ARTIGO 4: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO ABSENTEÍSMO-DOENÇA NA FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ NO PERÍODO DE 2012 A 2016** | **71** |
| **9** | **ARTIGO 5: PERFIL DAS APOSENTADORIAS POR INVALIDEZ ENTRE OS SERVIDORES PÚBLICOS FEDERAIS DA FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ ENTRE OS ANOS DE 2012 A 2016** | **87** |
| **10** | **CONCLUSÃO** | **100** |
| **11** | **REFERÊNCIAS** | **102** |

## 1. INTRODUÇÃO

A ausência ao trabalho, conhecida como absenteísmo, pode ter sua origem relacionada a múltiplos fatores. Na ocorrência por motivo de doença, esse é denominado absenteísmo-doença. Pode ser descrito com base em características individuais a partir do ambiente e das relações de trabalho, caracterizando assim, sua complexidade e a criatividade do trabalhador para enfrentar a realidade em busca de seu próprio equilíbrio (DEJOURS; PARAGUAY; FERREIRA, 2008; DUARTE; LEMOS; ALCANTARA, 2017).

O absenteísmo, suas causas e seu tempo de duração são objeto de atenção para os trabalhadores, empregadores e previdência social, de modo a reduzir o adoecimento, aumentar a produtividade no trabalho e controlar custos com benefícios pagos (VILLAPLANA GARCÍA et al., 2015).

Cerca de 64,9% dos trabalhadores espanhóis se ausentaram em, pelo menos, um dia ao trabalho por motivo de saúde em 2010 (VILLAPLANA GARCÍA et al., 2015). Em outros países da União Europeia, como no Reino Unido, França, Alemanha e Holanda, estima-se a perda de 4,9 dias de trabalho por ano, para cada trabalhador, pelo mesmo motivo (BLACK; FROST; GREAT BRITAIN, 2011). Previsões indicam que o custo do absenteísmo pelas doenças relacionadas ao trabalho, seja diretamente pelo absenteísmo ou pelo pagamento de benefícios ao trabalhador licenciado, represente uma perda anual de 4% do produto interno bruto global, algo em torno de 2,8 trilhões de dólares (INTERNATIONAL LABOUR OFFICE, 2013).

Estimativas indicam que, em 2005, o Brasil gastou cerca de 1,1 bilhão de reais com pagamento de auxílio-doença, e que no serviço público federal as aposentadorias precoces e os afastamentos do trabalho no mesmo ano contabilizaram um custo de 300 milhões de reais (FONSECA; CARLOTTO, 2011).

Apesar da importância do tema, existem poucos estudos no setor público sobre a temática do absenteísmo, sendo a dificuldade de obtenção de dados uma questão a ser considerada (CUNHA; BLANK; BOING, 2009; SANTANA et al., 2006; SILVEIRA; GRISOTTI, 2011; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL et al., 2018). Estudos demonstraram que a saúde mental do servidor público federal tem sido marcada, nos últimos trinta anos, por um processo de desprazer, depressão e adoecimento, que poderia ser explicado por um modelo de gestão altamente hierarquizado e enrijecido pela racionalização burocrática e o enquadramento em estereótipos (FONSECA; CARLOTTO, 2011; MASCARENHAS; BARBOSA-BRANCO, 2014). Segundo alguns

dados, as principais causas de afastamento no serviço público são os transtornos mentais e as doenças do sistema osteomuscular (FIOCRUZ, 2016; MARQUES; MARTINS; SOBRINHO, 2011).

Em caso de ausência ao trabalho por motivo de doença, a previdência social garante renda ao contribuinte e a sua família. Ao depender do regime de previdência, esse benefício poderá ser o auxílio-doença, pago aos segurados do regime geral de previdência social pelo Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, ou a licença para tratamento da própria saúde, no caso dos segurados pelo regime jurídico único, próprio dos servidores públicos federais, regidos pela Lei nº 8.112/90 (BRASIL, 1990, 1991).

Na ocorrência de manutenção da licença para tratar da própria saúde, concedida pela "perícia oficial em saúde" ao servidor, cuja incapacidade laboral se mantém, existe a possibilidade de indicação da readaptação funcional para resgate do potencial laborativo. Em caso de impossibilidade de se aplicar esse dispositivo, caberá à perícia indicar a aposentadoria por invalidez, a qualquer momento, sendo esse um evento compulsório aos vinte e quatro meses de afastamento (BRASIL, 1990).

No caso da readaptação funcional do servidor por redução da capacidade laboral, a perícia solicitará aos recursos humanos uma lista de atribuições inerentes ao cargo, a partir dessa avaliará o que pode ou não ser realizado pelo trabalhador. Com base normativa, será avaliada a possibilidade de se executar mais de 70% das atribuições do cargo do servidor, sendo aqui configurada a restrição de atividades no próprio cargo. Caso não atenda ao mínimo de 70% das atribuições, deverá ser sugerida readaptação para cargos afins, sob responsabilidade dos recursos humanos (MPOG, 2014).

Nota-se que o objetivo de reinserção social do trabalhador mediante a alteração do cargo não é uma rotina no serviço público federal, havendo diretrizes confusas em relação aos procedimentos operacionais para o provimento do novo cargo. Outro ponto a ser ressaltado é a inconstitucionalidade de todo provimento de cargo derivado, incluindo-se aqui a readaptação funcional (BRASIL, 1988).

Fato agravante é o amplo desconhecimento quanto às atividades e ambientes de trabalho pelas próprias instituições. De forma adicional, não existe o conhecimento, pelo médico perito, dos processos de trabalho e ambientes aos quais os servidores estão submetidos. Assim, agravam-se as relações para identificação e construção de ambientes de trabalho salubres ao readaptado e no estabelecimento do nexo em relação à doença e ao trabalho (PINTO JÚNIOR; BRAGA; ROSELLI-CRUZ, 2012).

Portanto, a vigilância em saúde do trabalhador é fundamental para a formulação e

avaliação de políticas, programas e ações de saúde. Nessa perspectiva, taxas de morbimortalidade não conseguem reconhecer e explicar o adoecimento das populações. A mudança do perfil epidemiológico, com consequente aumento da sobrevida e prevalência de doenças crônicas, demonstra a insuficiência da utilização de indicadores clássicos para aferir o bem-estar, a saúde e a necessidade de serviços (RIBEIRO, 2015).

Dessa forma, apesar de se reconhecer uma concepção ampliada de saúde, numa perspectiva biopsicossocial, o que se perpetua, na realidade, é o modelo biomédico. Assim, é necessária a maximização da avaliação do processo saúde-doença, de forma a integrar o modelo atual para a compreensão da deficiência e avaliação da funcionalidade. A partir disso, será possível viabilizar a integração do modelo social, com foco nos fatores ambientais e pessoais, possibilitando um adequado planejamento e decisão no que diz respeito à saúde, ao trabalho e à previdência (CIF, 2003; ORGANIZACAO MUNDIAL DA SAUDE, 1996; THE WORLD BANK, 2012).

É relevante pensar na mudança de paradigma, da doença para funcionalidade, ao considerar a maior expectativa de vida e existência de idosos ativos na população brasileira como resultado dos avanços tecnológicos da medicina e tecnologias da informação. Portanto, o estudo se justifica pela necessidade de melhor compreender o adoecimento no trabalho e as potencialidades do trabalhador no serviço público federal, relacionados à saúde e resgate do potencial laboral. Optou-se por trabalhar no processo de readaptação funcional por considerar a sua importância em relação ao trabalhador, na possibilidade de devolver sua dignidade frente à representação do trabalho na sociedade, com suas repercussões na saúde física e mental, bem como ao Estado, com a possibilidade de manter o cidadão trabalhando, desonerando o seguro social.

# 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

## 2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS EM RELAÇÃO À PRÁTICA MÉDICA

Após o Renascimento, ocorreram várias mudanças sociais, políticas e econômicas, que resultaram no nascimento da Ciência Moderna e em avanços nas formas de expressão artística nos países europeus. O sistema de produção de riquezas foi transformado pelo mercantilismo através do surgimento de uma nova classe social, a burguesia (FOUCAULT, 1979).

Nos séculos XVII e XVIII, os governos nacionais enxergaram suas populações como sendo de extrema importância para o estabelecimento e manutenção de fluxos comercial e monetário, havendo assim, preocupação com a saúde dessas populações para que se mantivessem numerosas e ativas para assegurar a força do Estado frente a outros (FOUCAULT, 1979).

Dessa forma, a modernidade coloca o indivíduo[1] como base da economia, da política e da sociedade. A partir do final do século XVIII e no XIX, com a Revolução Industrial, o capitalismo avançou com novas formas de produção e de divisão do trabalho. Coube ao Estado, então, prover bens e serviços necessários ao bem-estar da população e, o desenvolvimento da saúde pública foi um dos mecanismos para atingir esses objetivos (SCLIAR, 2002).

Portanto, a medicina social se constituiu em força de trabalho e produção com o objeto do corpo social. Apesar de individualizar-se enquanto forma de avanço de conhecimento científico, a medicina é coletiva no seio do capitalismo, tendo o corpo como uma realidade bio-política (FOUCAULT, 1979).

A partir do final do século XVIII, a medicina utilizou métodos, conceitos e instrumentos oriundos de outras ciências, tais como a física, química e biologia[2]. Nesse ambiente de contribuição de outros saberes e novas práticas sociais e institucionais, desenvolveu-se a anatomia patológica, momento no qual o vínculo entre os sintomas e a lesão encontrada nos órgãos foi estabelecido (REZENDE, 2009).

O pensamento do médico William Petty foi ratificado no que versa sobre a necessidade de estudos quantitativos dos problemas econômicos e sociais. Métodos quantitativos foram utilizados para coletar e analisar dados com objetivo de produzir

[1] Visto aqui como ser biológico, objeto dócil e útil, com base em Foucault.
[2] Exclui-se, nessa perspectiva textual, a discussão epistemológica da medicina como ciência.

conhecimento sobre a população. Esses métodos avançaram a partir do desenvolvimento do cálculo de probabilidade, surgindo a concepção de que afirmações com certo grau de probabilidade podiam ser consideradas conhecimento científico. Tiveram início estudos epidemiológicos sobre a frequência de doenças que passaram a ser acompanhadas de medidas coletivas para prevenção de doenças. As companhias de seguro se interessaram por tais estudos e descartaram a análise dos seguros somente sob a ótica das tábuas de expectativa de vida, incluindo outras informações, como, por exemplo, a associação entre determinados ofícios e a ocorrência de certas doenças. (ALLAMEL-RAFFIN, 2008)

Para Foucault (1979), a medicina social surgiu como política de unificação do estado pela atenção à saúde da população (Alemanha), no saneamento das cidades ou na medicina urbana (França) e na saúde pública voltada para os pobres e trabalhadores (Inglaterra) (FOUCAULT, 1979).

Desse modo, o terceiro diagrama da medicina social é caracterizado pela medicina da força de trabalho, que tem a Inglaterra na metade do século XIX como seu principal exemplo. A Revolução Industrial provocou uma grande migração camponesa para as cidades, ocasionando o aumento das populações destas em um curto período de tempo. Em razão disso, ocorreram condições desumanas de moradia e trabalho (grandes jornadas e ambientes insalubres) com consequente impacto na morbimortalidade (ALLAMEL-RAFFIN, 2008; FOUCAULT, 1979; JOHNSON, 2010).

O governo inglês se viu entre a necessidade de manter a classe trabalhadora em condições de trabalhar, e a obrigação de garantir a saúde dos ricos. Dentre as medidas tomadas, estão a reorganização dos bairros e a promulgação da Lei dos Pobres[3]. Esta lei previa assistência ao pobre mediante a submissão destes aos vários controles médicos. Dessa forma, a medicina inglesa se tornou uma medicina social que atendeu às necessidades de saúde dos mais pobres e possibilitou um tipo de controle que permitiu a proteção das classes ricas. Nessa época, William Farr sistematizou a coleta de dados sobre mortalidade, morbidade e métodos de medida de riscos associados aos ofícios. A posterior implantação

[3] Refere-se aqui a segunda Lei dos Pobres, de 1834, que buscou regulamentar o auxílio aos pobres através pessoas diretamente ligadas ao Rei e não mais pela Igreja; além de coordenar os dispensários, a educação das crianças e administração das paróquias, tendo como objetivo auxiliar aos pobres que necessitavam e impedir o homem produtivo de solicitar ajuda, além de prover auxílio aos doentes e desamparados. A Primeira Lei dos Pobres data de 1601. Esta tornou obrigatório as paróquias nomearem inspetores para encontrar trabalho para todos que estavam sem ofício, além de possibilitar que as paróquias fossem abrigos como hospitais e asilos para todos que não podiam se manter; esta apresentava como diretrizes básicas: o trabalho para o desocupado e para o pobre com capacidade; pagamento de pensão para aqueles que não podiam trabalhar; proibição de auxílio ao mendigo e frequentador casual dos asilos.

dos *health offices*[4] permitiu, dentre outros modos de controle, a intervenção em ambientes insalubres das fábricas, verificações de vacina e registros de doença. A medicina da força de trabalho na Inglaterra sobrepôs três sistemas médicos quando: (1) provê assistência para os pobres, (2) controla e mantém a força de trabalho e, (3) mantém uma regulação da cidade, que passa a ser um espaço vigiado pela saúde pública (FOUCAULT, 1979).

No decorrer do século XIX, os hospitais se transformaram em centros para desenvolvimento da medicina científica, simultaneamente ao aumento da compreensão sobre fisiologia e patologia. Rudolf Virchow sustentou que cada tecido era caracterizado por um tipo celular específico, tendo identificado enfermidades pela especificidade de anomalias celulares visíveis microscopicamente (ALLAMEL-RAFFIN, 2008).

Claude Bernard desenvolveu os conceitos de "meio interior" e "função". O "meio interior" é caracterizado por uma constância físico-química e parâmetros específicos, que podem variar, dentro de limites, em determinadas circunstâncias, enquanto que a enfermidade resultaria de uma falha na regulação orgânica. Com base na fisiologia de Bernard, a doença tem uma concepção dinâmica, é um processo. A doença evolui. A função não pode ser definida pela forma anatômica, pois estruturas aparentemente semelhantes, mesmo em níveis microscópicos, podem não ter a mesma função (ALLAMEL-RAFFIN, 2008).

Louis Pasteur em sua "teoria dos germes" revolucionou a noção de doença infecciosa ao identificar sua origem microbiana, propondo medidas de higiene com objetivo de prevenção de doenças. Robert Koch descobriu o bacilo causador da tuberculose e o vibrião colérico, e estabeleceu uma classificação para as bactérias. Ao final do século XIX, a medicina explicou as doenças através da teoria dos germes, renunciando à teoria dos miasmas (REZENDE, 2009).

O século XX se caracterizou por uma revolução das ciências e tecnologias. O ritmo e a velocidade dos avanços sociais e científicos resultaram em um conjunto de conquistas que levaram ao: (1) desenvolvimento da biologia e patologia moleculares; (2) progresso nas áreas diagnósticas e terapêuticas (REZENDE, 2009) (ALLAMEL-RAFFIN, 2008); (3) avanço na epidemiologia pelo desenvolvimento de desenhos de estudo e métodos de análise; (4) novas biotecnologias.

No século XX, aconteceu uma série de modificações no conhecimento, diagnóstico e abordagem terapêutica das doenças. O século em questão foi além da tecnologia médica,

[4] Tradução literal: escritórios de saúde

contribuindo com reflexões sobre os conceitos de saúde e doença. Com a contribuição da interdisciplinaridade no conceito ampliado de saúde, não havia mais como caracterizá-la como ausência de doença. Para a Organização Mundial da Saúde – OMS, o conceito de saúde se caracteriza por um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Logo, a compreensão de saúde já não se apoia no conhecimento médico, exclusivamente. A saúde se torna um direito fundamental do homem, cabendo ao Estado zelar por ela, abrindo espaço para medidas de prevenção da doença e, mais recentemente, para a promoção da saúde (REZENDE, J. M., 2009).

## 2.2 NORMALIDADE, NORMATIVIDADE E SAÚDE

O conceito de saúde como negativo de doença nos levaria a reconhecer que todo indivíduo sem queixas ou sinais e sintomas é saudável. Porém, pensar em saúde nos exige um olhar diferente, que tem o indivíduo como um dos referenciais. Assim, da mesma forma que o bem-estar pode definir a saúde, a recuperação da doença pode ser vista como uma das manifestações de um organismo saudável (CANGUILHEM, 2010).

Dessa forma, ter saúde é ser inventivo, ter a capacidade de desenvolver potencialidades frente às adversidades, de estabelecer novas normas. O estado de doença se relaciona às impotências e limitações:

> *Para um homem que imagina seu futuro quase sempre a partir de sua experiência passada, voltar a ser normal significa retomar uma atividade interrompida, ou pelo menos uma atividade considerada equivalente, segundo os gostos individuais ou os valores sociais do meio* (CANGUILHEM, 2010, p. 138).

A medicina moderna utiliza parâmetros quantitativos para distinguir o estado normal do estado patológico, parâmetros nos quais se estabelece um ponto de corte a partir de um juízo valorativo. Entretanto, se faz necessário avaliar que o normal reflete uma medida estatística, média ou moda. Especifica um padrão, aquilo que tem maior frequência, informa como algo deve ser, esperado ou aceitável, considerado natural. Quando o vemos em uma posição de valor, compreendemos que esteja definido pela interseção entre aspectos empíricos e avaliações relativas à ausência de desconforto e o bem-estar (CANGUILHEM, 2010).

Dessa forma, o normal possui como precedente a flexibilidade de uma norma que pode variar em relação a situações individuais e temporais. Contudo, salvo em variações

quantitativas, esse limite, linha divisória entre o normal e o patológico, não possui precisão, pois essa fronteira é imprecisa para diversos indivíduos, sendo necessário analisar o mesmo indivíduo em sua história, na sua experiência, na totalidade de seu organismo. Valores normais ou variações consideradas normais podem ser patológicos em determinadas situações, se permanecerem os mesmos diante de novos acontecimentos. Assim, a doença é uma espécie de norma biológica, não devendo ser considerada um estado anormal no sentido absoluto da total ausência de normas (CANGUILHEM, 2010). A noção de saúde, então, é definida de forma contextual, a partir de concepções determinadas, variando a partir de uma determinação histórico-social, resultado do conhecimento e racionalidade à época (NEVES; PORCARO; CURVO, 2017).

> *O que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas* (CANGUILHEM, 2010).

Nessa ótica, a norma é algo individual que descreve as potencialidades de uma pessoa, para além da concepção do normal como expressão da média. A normalidade seria, então, caracterizada pela racionalização das normas biológicas à luz do que constitui a sociedade. A norma não deve ser considerada de forma autônoma ou emancipada do sujeito, pois sempre depende de um conjunto de valores para sua interpretação. Toda norma é dependente da perspectiva de análise, individual ou coletiva. Assim, a normalização não priva a sociedade, grupo ou indivíduo de sua capacidade normativa (RAMMINGER, 2009).

Dessa forma, a norma é algo individual, inteiramente singular, e não uma média obtida a partir de um conceito social, não sendo um julgamento de realidade, mas sim de valor, cujo limite é definido pela capacidade de cada sujeito. Portanto, o diagnóstico de doença não pode ser determinado pelo médico, a partir de um diagnóstico vigente. Esse deve ser resultado da apreciação daquele que sofre, frente ao conhecimento social vigente, a partir de uma opinião médica (F. G. CAMPOS, 2014).

A noção de norma vista no contexto do surgimento da sociedade disciplinar e poder sobre os corpos relacionado ao nascimento da medicina social, permite aplicar todo o controle baseado na normalização dos lugares, comportamentos e existências à sociedade. A disciplina é a tática de normalização dos indivíduos nas escolas, prisões, fábricas e hospitais (FOUCAULT, 1979).

## 2.3 DEFICIÊNCIA E INCAPACIDADE

É na relação do homem com seu meio social que se cunha a noção de deficiência. A partir desse princípio, a noção de deficiência é modificada na medida em que as condições sociais são transformadas pela ação do homem, produzindo novas necessidades, mediações e formas de atuação e trabalho na relação do homem com o ambiente (LANCILLOTTI, 2003).

> *(...) a deficiência é um conceito em evolução e que a deficiência resulta da interação entre pessoas com deficiência e as barreiras devidas às atitudes e ao ambiente que impedem a plena e efetiva participação dessas pessoas na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas (...)* (SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS, 2011, p. 22)

> *As deficiências podem ser temporárias ou permanentes, progressivas, regressivas ou estáveis, intermitentes ou contínuas. O desvio em relação ao modelo baseado na população pode ser leve ou grave e pode flutuar ao longo do tempo.* (CIF, 2003, p. 26)

Dessa forma, a Convenção da Organização das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência trouxe uma importante alteração de paradigma em relação ao conceito de deficiência. A deficiência migra de uma condição pessoal e de doença para, baseada em critérios funcionais, se estabelecer com base social, a partir da interação entre o homem e as barreiras ambientais que o limitam ou lhe criam obstáculos em relação a um determinado fim (BRASIL, 2009).

> *Deficiência é uma perda ou anomalia de uma estrutura do corpo ou de uma função fisiológica (incluindo funções mentais). Na CIF, o termo anomalia refere-se estritamente a uma variação significativa das normas estatisticamente estabelecidas (i.e. como um desvio de uma média na população obtida usando normas padronizadas de medida) e deve ser utilizado apenas neste sentido* (CIF, 2003, p. 251)

Segundo a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência:

> *Art. 3º Para os efeitos deste Decreto, considera-se:*

> *I - deficiência – toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano;*
> *II - deficiência permanente – aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere, apesar de novos tratamentos; e*
> *III - incapacidade – uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida.* (BRASIL, 1999)

Para a Organização Mundial de Saúde:

> *Incapacidade é um termo genérico para deficiências, limitações de atividades e restrições de participação. Ele indica os aspectos negativos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e seus fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais).* (CIF, 2003, p. 251)

Entretanto, a base legal e a definição de conceitos variam conforme finalidade do texto jurídico. Portanto, um novo conceito de deficiência e incapacidade é aceito pela sociedade brasileira, mas uma nova percepção sobre o tema ainda não se encontra na realidade do país.

> *Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.* (BRASIL, 2000, 2015)

Assim, a deficiência passa a ser um constructo complexo, dinâmico, multidimensional e questionável. Ocorre, em teoria, uma transição de uma perspectiva médica para uma perspectiva mais abrangente que implica em um modelo social integrativo. A Classificação Internacional de Funcionalidade - CIF pode, nesse sentido, ser vista como

um modelo conceitual para esse novo paradigma sobre o tema (THE WORLD BANK, 2012).

> *Funcionalidade é um termo genérico para as funções do corpo, estruturas do corpo, atividades e participação. Ele indica os aspectos positivos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e seus fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais)* (CIF, 2003, p. 251).

O avanço do modelo biomédico para o modelo social reconhece que o fator limitador não é a deficiência em si, mas o meio em que a pessoa está inserida, no qual e com o qual se relaciona, permitindo descaracterizar que toda deficiência deva estar associada a uma doença (SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS, 2011).

A CIF integra a família das classificações internacionais desenvolvidas pela OMS, com o objetivo de classificar a saúde e os domínios relacionados à saúde. Os domínios são avaliados através de dois eixos básicos, sendo estes: *"Funções e Estruturas do Corpo"* e *"Atividades e Participação"*. Assim, a classificação engloba a avaliação da *Funcionalidade* (todas as funções do corpo, atividades e participação) e da *Incapacidade* (deficiências, limitação de atividade ou restrição na participação). Além disso, a CIF também considera de que forma os fatores ambientais interagem junto a esses constructos. Por essa estratégia, a CIF permite a classificação da funcionalidade, incapacidade e saúde dos indivíduos (CIF, 2003).

Outra forma de classificação da OMS é a Classificação Internacional de Doenças – CID, que tem sua base no modelo biológico. A CID, atualmente em sua décima edição – CID-10, é uma das classificações que utilizam uma estrutura de base etiológica para a classificação das condições de saúde (doenças, perturbações, lesões, outros) com finalidade de tabular a morbidade e mortalidade (ORGANIZACAO MUNDIAL DA SAUDE, 1996).

Em contraposição à CID, a CIF quando utilizada para compreender a deficiência, permite a avaliação da funcionalidade por meio da interação dinâmica entre problemas de saúde e fatores contextuais, tanto pessoais quanto ambientais. Dessa forma, é possível a complementação da classificação da CID pela utilização da CIF, demonstrando a viabilidade de integração com o modelo social (THE WORLD BANK, 2012).

A CIF permite a classificação com base no modelo biopsicossocial, considerando fatores ambientais e pessoais, aqui denominados fatores contextuais, que avançam em relação aos fatores médicos associados a uma abordagem diagnóstica com foco em uma única parte do corpo, possibilitando o olhar do indivíduo em sua globalidade (RIBEIRO, 2015).

Assim sendo, a CIF se estrutura em um sistema alfanumérico no qual o primeiro nível de classificação é codificado por uma letra que se refere a um componente; a letra *b* (*body*)[5] se refere a funções do corpo, a letra *s* (*structure*)[6] se refere as estruturas corporais, a letra *d* (*domain*)[7] se refere a atividades e participação, e a letra *e* (*environment*)[8] se refere a fatores ambientais. Essas letras são seguidas por um código numérico, que classifica o número do capítulo (um dígito), seguido pelo segundo nível (dois dígitos) e o terceiro e quarto níveis (um dígito cada). A versão reduzida da CIF cobre dois níveis e a detalhada quatro níveis (CIF, 2003).

A CIF torna-se uma ferramenta elegível para classificação da funcionalidade e incapacidade, pois consegue abordar as dimensões do atual conceito saúde e seus determinantes. Portanto, sua aplicação é considerada não somente na prática clínica, mas, também, como suporte para políticas e programas relacionados à incapacidade e à saúde, dentre outras (CIF, 2003).

No Brasil, o seguro social é uma estratégia de transferência de renda realizada por uma instituição pública, a previdência social, que tem, dentre outros, o objetivo de:

> *Art. 1º [...] assegurar aos seus beneficiários meios indispensáveis de manutenção, por motivo de incapacidade, desemprego involuntário, idade avançada, tempo de serviço, encargos familiares e prisão ou morte daqueles de quem dependiam economicamente* (BRASIL, 1991).

A reabilitação profissional se mostrou como uma resposta à questão da incapacidade na previdência social, sendo proposta ao trabalhador, cuja incapacidade e restrição estejam estabilizadas e permanentes para a função que desempenha. Assim, busca-se a superação da incapacidade pelo trabalhador, bem como a redução da concessão do benefício por incapacidade por motivo de saúde, pelo reingresso do trabalhador no mercado de trabalho (SANTOS; LOPES, 2015).

O termo *reabilitação profissional* é utilizado no âmbito do INSS, responsável pelo RGPS.

> *Art. 89. A habilitação e a reabilitação profissional e social deverão proporcionar ao beneficiário incapacitado parcial ou totalmente para o trabalho, e às*

[5] Tradução literal: Corpo
[6] Tradução literal: Estrutura
[7] Tradução literal: Domínio
[8] Tradução literal: Meio Ambiente

> *pessoas portadoras de deficiência, os meios para a (re)educação e de (re)adaptação profissional e social indicados para participar do mercado de trabalho e do contexto em que vive* (BRASIL, 1991).

A indicação para reabilitação profissional é realizada pela perícia médica do INSS. Recomenda-se que o atendimento na reabilitação seja multiprofissional, composto por médico perito, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, sociólogo, fisioterapeuta, ou profissionais afins ao processo de orientação profissional. É realizada uma entrevista inicial na qual se verifica a elegibilidade do trabalhador para reabilitação. Se elegível, o INSS aciona a empresa de vínculo para verificação da possibilidade de reabilitação profissional. Caso seja considerado inviável, um curso profissionalizante é disponibilizado para promover qualificação em outra área compatível. Se não elegível, o trabalhador tem seu benefício doença cessado e deverá retornar ao trabalho (SANTOS; LOPES, 2015).

> *Art. 62. O segurado em gozo de auxílio-doença, insusceptível de recuperação para sua atividade habitual, deverá submeter-se a processo de reabilitação profissional* (BRASIL, 2016).

Ao final do processo de reabilitação e sendo esse satisfatório, o INSS emite um certificado de reabilitação. Esse certificado permite ao reabilitado concorrer a vagas destinadas a pessoas com deficiência ou reabilitadas nas empresas. Segundo o INSS, as obrigações da previdência se encerram com a emissão do certificado, não importando se o trabalhador foi acolhido ou demitido pela empresa contratante (SANTOS; LOPES, 2015).

A reabilitação profissional parece basear-se em uma lógica financeira na qual o seguro social mantém certo distanciamento do conceito atual de saúde e a real inclusão dos determinantes sociais na avaliação do adoecimento. Nota-se a perpetuação de uma visão baseada estritamente no modelo biomédico, distanciado do modelo social e da avaliação com base na funcionalidade.

> *A reabilitação profissional pressupõe tanto o esgotamento das possibilidades da intervenção terapêutica no âmbito do setor Saúde, específicas para cada caso, como também a devida cobertura previdenciária durante o período de incapacidade para a função habitual. Essa sincronia nos procedimentos depende de uma compreensão comum das áreas da Saúde e da Previdência Social sobre os conceitos de*

> *incapacidade e de reabilitação profissional* (MAENO; VILELA, 2010).

Já a Lei nº 8.112/90, que rege os servidores do serviço público federal, suas autarquias e fundações, prevê a readaptação funcional, direito semelhante ao da reabilitação funcional no RGPS.

> *Art. 24. Readaptação é a investidura do servidor em cargo de atribuições e responsabilidades compatíveis com a limitação que tenha sofrido em sua capacidade física ou mental verificada em inspeção médica.*
> *§ 1º Se julgado incapaz para o serviço público, o readaptando será aposentado.*
> *§ 2º A readaptação será efetivada em cargo de atribuições afins, respeitada a habilitação exigida, nível de escolaridade e equivalência de vencimentos e, na hipótese de inexistência de cargo vago, o servidor exercerá suas atribuições como excedente, até a ocorrência de vaga* (BRASIL, 1990).

Apesar da implantação do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS, o qual previa ações de promoção e cuidado em saúde, utilizando uma visão multidisciplinar para vigilância em saúde e prevenção de doenças, nota-se que a readaptação se manteve numa lógica biomédica. A competência inicial de avaliação pela junta oficial em saúde[9] foi atualizada em edições posteriores do Manual de Perícia para competência da perícia oficial singular[10] (BRASIL, 2017; MPOG, 2014).

## 2.4 SAÚDE DO TRABALHADOR

Desde a medicina do trabalho à saúde do trabalhador, mudou-se o conceito de saúde, bem como os campos disciplinares e os profissionais envolvidos nas questões relacionadas a saúde e ao trabalho. Assim, a saúde do trabalhador como campo de conhecimento se utiliza de referências da medicina do trabalho e da saúde ocupacional (LACAZ, 2007).

A medicina do trabalho se apresenta como uma área de conhecimento de responsabilidade médica, centrando seu foco no absenteísmo ocasionado por doenças e acidentes do trabalho. Já a Saúde Ocupacional, se identifica pelo reconhecimento de outros saberes técnicos que contribuem para o conhecimento do ambiente de trabalho, incorporando

[9] Inicialmente chamada de Junta Oficial em Saúde; perícia oficial em saúde realizada por três médicos ou três cirurgiões dentistas (MPOG, 2014).
[10] Perícia realizada apenas por um médico ou um cirurgião dentista (MPOG, 2014).

disciplinas como a epidemiologia, higiene industrial, toxicologia e a própria saúde pública, visando identificação de riscos e prevenção de doenças no ambiente de trabalho. Porém, é no final do século XX, a partir de avanços e conquistas políticas e sociais, que o trabalhador se desloca do lugar de objeto e assume a posição de protagonista no processo de trabalho, com reconhecimento de seu saber e sua história (MENDES, DIAS, 1991).

Dessa forma, a saúde do trabalhador estabelece como referência central o trabalhador e seu coletivo, a partir de uma abordagem das relações de trabalho-saúde centrada no processo de trabalho, caracterizado pelas relações sociais de produção estabelecidas entre o capital e o trabalho, com valorização da determinação social da saúde e da doença (LACAZ, 2007).

Nessa perspectiva, a intervenção do homem sobre a natureza, ou seja, seu trabalho, é uma questão cultural, com determinações que permitem atribuir a esse diferentes valores e lugares. Como consequência, é possível, a partir de então, a inclusão de análises histórico-sociais no campo das relações de trabalho, que asseguram a inserção da subjetividade do trabalhador e da valorização dos riscos psicossociais. Assim, torna-se possível considerar novas configurações da organização e divisão do trabalho, tendo como exemplos ritmo, hierarquia, trabalho em turnos, flexibilização de tarefas, controle, produtividade, teletrabalho, além de mudanças associadas ao padrão e formas de vinculação no trabalho, entre outros, que têm no desenvolvimento das doenças crônico-degenerativas e dos transtornos mentais uma forma de expressão. O foco na abordagem da saúde do trabalhador permite olhar o humano no trabalho e pensar sua proteção em relação a outros agravos à saúde para além dos acidentes e doenças, tais como mal-estares, incômodos e desgastes (FILHO; JARDIM, 1997; LACAZ, 2007).

Essa perspectiva encontra suporte na Psicodinâmica do Trabalho como uma nova forma de olhar para as relações entre trabalho e saúde mental do trabalhador, sendo compreendida como um importante referencial para a área da clínica e da saúde mental no trabalho (MERLO; MENDES, 2009).

A partir dessa abordagem científica, busca-se compreender o sofrimento e o modo como os trabalhadores lidam com esse, avaliar as vivências de prazer e de sofrimento no trabalho, pensar nas questões entre o trabalho prescrito e o trabalho real, além de considerar a construção da identidade do trabalhador e estudar as novas configurações da organização e divisão do trabalho, considerando as estratégias defensivas, as patologias sociais e o sentido das vivências de trabalho (DEJOURS et al., 2009).

Nessa perspectiva, ter saúde no trabalho significa ao trabalhador ter potencial em utilizar recursos internos e externos para transformar seu sofrimento em prazer e realização. Esse movimento é marcado então, pela dinâmica na utilização de estratégias defensivas capazes de mobilizar o trabalhador, de forma individual ou coletiva, e estabelecer uma relação mais agradável com o trabalho, além da busca pelo reconhecimento, fator essencial no processo de construção da identidade do trabalhador (TAMAYO, 2004).

Outro aspecto importante no mecanismo do prazer e defesa diante do sofrimento no trabalho é a mobilização subjetiva, que pode ser definida como o processo pelo qual o trabalhador se conecta ao trabalho e consegue utilizar de sua subjetividade, inteligência prática e do próprio coletivo no trabalho para transformar a organização do trabalho causadora de sofrimento (DEJOURS, 1999).

Portanto, a organização do trabalho é caracterizada pela divisão do trabalho, situações relacionadas às tarefas, prescrições e modos de produção, entre outros e, também, a divisão dos homens, que se relaciona às relações de poder, hierarquias, comando, graus de demanda, controle e autonomia, cooperação e comunicação, entre outros. A organização do trabalho ocupa, assim, papel fundamental no entendimento dos processos de trabalho e da saúde-doenca do trabalhador, sendo sua rigidez inversamente proporcional à saúde mental (DEJOURS; PARAGUAY; FERREIRA, 2008). Nela ocorre a representação de uma realidade social que mobiliza e é mobilizada pelo trabalhador, que por sua vez, coloca sua subjetividade e constitui a intersubjetividade no trabalho (FREITAS, 2016).

Assim, o campo de saberes da Saúde do Trabalhador, sob a rubrica da integralidade, considera uma maior complexidade na determinação social da doença, se comparado à Medicina do Trabalho e à Saúde Ocupacional. Cabe ainda ressaltar que, embora com referenciais diferentes, existem zonas de indiscernibilidade entre a medicina do trabalho, saúde ocupacional e saúde do trabalhador percebidas nos modos de intervenção (MENDES; DIAS, 1991; LACAZ, 2007).

# 3. OBJETIVOS

## 3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a proposta oficial para readaptação funcional do servidor público federal na Fundação Oswaldo Cruz.

## 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Analisar as bases do atual processo de readaptação funcional dos servidores públicos federais numa perspectiva histórica;
2. Conhecer o modo como os profissionais da área da saúde do trabalhador da Fundação Oswaldo Cruz compreendem a normativa acerca da readaptação funcional, tal como a prática profissional dos mesmos;
3. Estudar os afastamentos dos trabalhadores da FIOCRUZ no que diz respeito às principais causas, duração e possibilidades de readaptação;
4. Levantar as necessidades de adequação do processo de readaptação funcional na FIOCRUZ.

## 4. ESTRUTURA DA TESE

Optou-se por apresentar a tese em formato de artigo, estruturada em onze capítulos. No primeiro capítulo, encontra-se a *Introdução*, em que se realizaram considerações sobre o tema. A contextualização da teoria utilizada para o trabalho pode ser encontrada no Capítulo 2, enquanto que os objetivos e a estrutura da tese estão nos dois próximos itens.

A partir do quinto ao nono capítulos são apresentados cinco artigos. Todos com *Introdução, Método, Resultados, Discussão* e *Conclusão* ou *Considerações finais*, seguidos de suas *Referências*.

O Artigo 1, *Saúde do trabalhador e direitos sociais, uma busca da readaptação funcional numa perspectiva histórica*, consiste numa pesquisa documental sobre a readaptação funcional e cumpre o objetivo específico 1.

O Artigo 2, *Readaptação funcional sob o olhar dos profissionais da área de saúde do trabalhador*, é um estudo qualitativo, realizado com os profissionais em questão e posterior análise de conteúdo do material produzido. Esse atendeu aos objetivos específicos 2 e 4.

O Artigo 3, *Avaliação das licenças para tratamento de saúde após implantação do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor na FIOCRUZ: quadriênio 2012-2015*, consiste em estudo ecológico, que investigou as taxas de licença para tratamento da própria saúde na FIOCRUZ, após a implantação do SIASS. Esse artigo foi publicado na Revista Brasileira de Medicina do Trabalho, ano 2018, volume 16, número 1, páginas 67-70.

O Artigo 4, *Perfil epidemiológico do absenteísmo-doença na Fundação Oswaldo Cruz no período de 2012 a 2016*, trata-se de um estudo transversal realizado para se conhecer o perfil de absenteísmo por motivo de doença na FIOCRUZ. Esse artigo foi publicado na Revista Brasileira de Medicina do Trabalho, ano 2018, volume 16, número 4, páginas 457-65.

O Artigo 5, *Perfil das aposentadorias por invalidez entre os servidores federais da Fundação Oswaldo Cruz; 2012-2016*, é um estudo transversal que busca conhecer as características das aposentadorias por invalidez na FIOCRUZ.

Os artigos 3, 4 e 5 atendem ao objetivo específico 3. Em seguida, estão as *Considerações Finais* e *Referências*.

## 5. ARTIGO 1: SAÚDE DO TRABALHADOR E DIREITOS SOCIAIS, UMA BUSCA DA READAPTAÇÃO FUNCIONAL NUMA PERSPECTIVA HISTÓRICA

**Resumo:** Este artigo se propõe a realizar uma pesquisa documental, utilizando-se de uma perspectiva histórica, dos documentos legais que versam sobre trabalho e previdência no Brasil, utilizando-se a readaptação funcional no serviço público federal como enforque. Foram utilizados os sítios eletrônicos da Presidência da República e da Câmara dos Deputados para busca dos documentos. O período pesquisado foi de 1835 a 2017. Considerou-se como períodos distintos o Império a Primeira República (1824-1930), a Era Vargas (1930-1945) - trabalhismo e populismo, a Quarta República (1946-1964), a Ditadura Militar (1965-1985) e da redemocratização aos nossos dias. Foram encontrados 112 documentos, dos quais 8 (7,14%) tratavam da readaptação funcional em algum ponto. Identificou-se que somente a partir de 1990 a readaptação é tratada como uma questão exclusiva da saúde. Considera-se que a saúde dos servidores públicos federais somente é pauta em finais do século XX, porém, existe grande distanciamento entre o campo normativo e os processos de trabalho para uma abordagem integral e ampliada da saúde. Como desafio se vê a necessidade de ampliação do diálogo em um cenário de crises que desfavorece a garantia de política de proteção em favor de uma lógica financeira absolutista.

Palavras-chave: previdência social, setor público, saúde do trabalhador, reabilitação

**Abstract:** This article proposes to carry out a documentary research, using a historical perspective, of the legal documents that deal with work and social security in Brazil, using the functional readaptation in the federal public service as focus. The websites of the Presidency of the Republic and the Chamber of Deputies were used to search for the documents. The period surveyed was from 1835 to 2017. It was taken as distinct periods from the empire to the First Republic (1824-1930), Vargas' time (1930-1945) - labor and populism, the Fourth Republic (1946-1964), the Military Dictatorship (1965-1985) and from the redemocratization to nowadays. We found 112 documents, of which 8 (7.14%) treated functional readaptation at some point. It was identified that only from the 1990s the readaptation is treated as an exclusive health issue. Only at the end of the twentieth century the health of federal public servants was considered, however, there is a great distance between the normative field and the work processes for a comprehensive and expanded approach to health. Challenges include the need to expand dialogue in a crisis scenario that undermines the guarantee of protection policy in favor of an absolutist financial logic.

Key-words: social security, public sector, occupational health, rehabilitation

## INTRODUÇÃO

Ao longo do século XIX, após a Revolução Industrial, mecanismos legais relacionados ao trabalho nas fábricas foram criados nos países da Europa Ocidental. A legislação incluiu aspectos como a duração das jornadas diárias, folgas e afastamentos por motivos diversos, remuneração e proteção em caso de acidentes[1,2]. Tais mecanismos de "proteção" incidiam nas relações entre empregadores e empregados, ou seja, no contrato de trabalho, regulando a definição de acidentes de trabalho e as indenizações devidas por lesões que poderiam ser atribuídas à atividade nas fábricas[3].

É nesse período que ocorre o surgimento da Medicina do Trabalho, cujo foco era o absenteísmo ocasionado por doenças e acidentes, tal como a responsabilidade médica na prevenção desses. Já no século XX, com a implantação de novas tecnologias e processos de trabalho, tendo como resultado o surgimento de novos produtos, a medicina do trabalho se mostra insuficiente para tratar dos problemas de saúde gerados pelos processos de produção. No final do século XX, com avanços e conquistas políticas e sociais, o trabalhador se desloca do lugar de objeto e assume a posição de protagonista no processo de trabalho, há reconhecimento de seu saber e este se torna protagonista de sua história. Cabe ressaltar que, embora com referenciais diferentes, zonas de indiscernibilidade entre a medicina do trabalho, saúde ocupacional e saúde do trabalhador são percebidas nos modos de intervenção[4].

Desde a medicina do trabalho à saúde do trabalhador, mudou-se o conceito de saúde, bem como os campos disciplinares e os profissionais envolvidos. No Brasil, o campo da Saúde do Trabalhador é guiado pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e por políticas sociais coerentes com o Estado de seguridade social definido no artigo 194, da Constituição Federal de 1988, havendo a incorporação das relações entre o indivíduo e o ambiente no conceito de saúde. Por outro lado, mudanças na legislação trabalhista ocorreram por pressões do mercado, sob aspectos sociais, políticos e econômicos, nacionais e globais. Assim, o campo de saberes da Saúde do Trabalhador, sob a rubrica da integralidade, considera uma maior complexidade na determinação social da doença, se comparado à Medicina do Trabalho e à Saúde Ocupacional[5].

A despeito da garantia constitucional da seguridade, as esferas que tratam do trabalho, da previdência social e da saúde mantêm-se reproduzindo ações de saúde fragmentadas, despolitizadas, destituídas de suas marcas histórico-sociais e não comprometidas com a atenção integral à saúde do trabalhador[6].

De forma adicional, mudanças nas políticas previdenciárias buscam a redução dos gastos da previdência social, modificando assim, regras para concessão de benefícios, dentre esses aqueles por doença e aposentadoria, alterando carências, valores e outros requisitos para sua concessão, incluindo a aposentadorias por invalidez[7]

É a partir desse cenário que o trabalhador continua adoecendo, sendo o retorno ao trabalho uma questão de importância ao se falar de longos afastamentos e na presença de limitações funcionais. Assim, vê-se a readaptação funcional como uma possibilidade no serviço público federal e a reabilitação profissional no setor privado[8].

A readaptação funcional é um instrumento possível aos servidores públicos federais efetivos quando apresentam limitações de sua capacidade física ou mental. Trata da avaliação de possível restrição de atividades verificada pela perícia médica, seguida da investidura do servidor público efetivo em cargo de atribuições e responsabilidades afins pelos recursos humanos, compatíveis com suas restrições[9].

O objetivo desse estudo foi analisar o objeto da readaptação funcional numa perspectiva histórica. Considerou-se que o conhecimento da trajetória é fundamental para a compreensão dos termos legais atualmente vigentes.

## MÉDODO

Trata-se de uma pesquisa documental, utilizando-se uma perspectiva histórica, dos documentos legais sobre trabalho e previdência social no Brasil, tendo como enfoque a readaptação funcional no serviço público federal, utilizando-se o período de 1835 a 2017.

O estudo utilizou os sítios eletrônicos da Presidência da República do Brasil e da Câmara dos Deputados para busca desses documentos.

Todos os documentos foram relacionados em ordem cronológica, sendo classificado o tipo de documento (Decreto, Decreto-Lei, Emenda Constitucional, Lei, Medida Provisória, Nota Técnica, Ofício-Circular, Orientação Normativa, Portaria e Resolução), data de publicação, assunto e período político.

Com base nos períodos políticos “Do Império à Primeira República (1824-1930)”, “Era Vargas, trabalhismo e populismo (1930-1945)”, A Quarta República (1946-1964)”, “A Ditadura Militar (1964-1985)” e a “Sexta República (1985-dias atuais)” realizou-se a descrição dos documentos, buscando, sempre que possível, a contextualização política e social.

Foi realizada a classificação de assuntos entre previdência (quando o documento

tratava de criação modelos de previdência, alteração de regras de contribuição, tempo de serviço, benefícios como licenças, além de aposentadoria), acidente de trabalho, readaptação funcional e outros (criação de políticas, legislação sobre saúde e segurança no trabalho, criação e modificação de Órgãos e estruturas). Posteriormente foi realizado o cálculo percentual de cada assunto e em cada período.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 112 documentos relacionados ao trabalho e previdência no período de 1835 a 2017.

Desse total, 61 (54,46%) tratavam sobre previdência, 8 (7,14%) sobre a readaptação, 6 (5,36%) sobre acidente de trabalho e 37 (33,04%) sobre outros assuntos.

A distribuição pelos períodos políticos se deu conforme Tabela 1.

Tabela 1: Distribuição dos documentos por período, Brasil, 1824-2017 (n=112)

| Documentos | Período | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1824-1930 | 1930-1945 | 1946-1964 | 1964-1985 | 1985-2017 | |
| n | 17 | 26 | 16 | 27 | 26 | 112 |
| % | 15,18 | 23,21 | 14,29 | 24,1 | 23,21 | 100,0 |

### Do Império à Primeira República (1824-1930)

No ano de 1888, houve a "extinção da escravatura no Brasil" pela Lei Imperial nº 3.353, de 13 de maio de 1888. Naquele momento, pode-se dizer que foi observada a primeira descontinuidade na forma de trabalho no Brasil, pois a mão de obra passou a ser constituída exclusivamente por homens e mulheres livres, que precisavam ser remunerados pelo trabalho executado. Questões como suficiência da remuneração e aposentadoria ganharam importância. Nos anos de 1888 e 1890, foram criadas a Caixa de Socorros para os funcionários das Estradas de Ferro do Império e o Fundo de Pensões do Pessoal das Oficinas de Imprensa Nacional. A aposentadoria foi instituída aos empregados da Estrada de Ferro Central do Brasil, sendo posteriormente ampliada para os demais ferroviários. Também nesse período se estabeleceu o Montepio Obrigatório para os empregados do Ministério da Fazenda. Porém, somente em 1892 ocorreu a instituição de aposentadoria por invalidez e

pensão por morte aos operários do Arsenal de Marinha do Rio de Janeiro. Em 1911, criou-se a Caixa de Pensões dos Operários da Casa da Moeda e, em 1912, a Caixa de Pensões e Empréstimos para trabalhadores da Alfândega do Rio de Janeiro[10–17].

Em 1919, o acidente de trabalho foi qualificado e tornou-se compulsório em certas categorias. Ficou caracterizada a incapacidade por motivo de acidente. Houve a responsabilização do patrão pela ocorrência desse, o obrigando pelo tratamento do acidentado e por pagamento de indenização, inclusive para a família[18].

A promulgação da Lei Eloy Chaves em 1923 determinou a criação de Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAP) para os empregados de cada empresa ferroviária. Essa é considerada a base da previdência social brasileira. O regime foi estendido aos portuários e marítimos, aos trabalhadores dos serviços telegráficos e radiotelegráficos e aos empregados dos demais serviços públicos, respectivamente em 1926, 1928 e 1931[19–22].

Em 1930, criou-se o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, ao qual coube a orientação e supervisão da Previdência Social, inclusive como órgão de recursos das CAP[23].

**Era Vargas, trabalhismo e populismo (1930-1945)**

A "Revolução" de 30 colocou fim ao governo de oligarquias agrárias e deu início à constituição de um Estado Corporativo, cujas funções primordiais seriam de controlar o capital, manter intacta a estrutura de classes, controlar diretamente as massas por meio de suas corporações, e garantir a industrialização. Constituiu-se assim um Estado policlassista, um "Estado de Compromisso", no qual o povo deveria participar de forma tutelada. Outra característica desse tipo de Estado era a identificação entre Estado, Nação e líder carismático. A participação política direta era trocada por benesses sociais[24].

Em 1933, foi criado o primeiro Instituto de Aposentadoria e Pensão (IAP), dos marítimos, cuja receita era formada por contribuições dos segurados, das empresas e do Estado, sendo considerada a primeira instituição brasileira de previdência social de âmbito nacional. Nos anos seguintes ocorreu a criação de IAP de outras categorias. Ao contrário das CAP, os IAP não estavam vinculados às empresas, mas aos trabalhadores de determinadas categorias profissionais, como marítimos, bancários, comerciários, dentre outros, que contribuíam com um percentual fixado sobre a remuneração, garantindo direitos na modalidade de seguro social. Essas categorias, por sua vez, dispunham necessariamente de representação sindical[25–27].

A Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, de 1934, instituiu o salário mínimo, e reconheceu sindicatos e associações profissionais. A partir de então, o trabalhador passou a ter direito à assistência médica e sanitária, aos direitos relativos à maternidade, sem prejuízo do trabalho e do emprego, além da previdência mediante contribuição. Foi instituída a Justiça do Trabalho. O funcionalismo público ganhou estabilidade e aposentadoria por invalidez. Neste mesmo ano a legislação sobre acidente de trabalho foi modificada, e a doença produzida pelo exercício do trabalho, ou em consequência dele, também passou a ser considerada como acidente de trabalho[28,29].

Em 1938, criou-se o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado e o Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP). A criação deste último teve como propósito profissionalizar o setor público federal, provocando mudanças nas formas de ingresso, vinculação e criando uma carreira pública. Os "agentes de Vargas" realizavam a centralização burocrática com justificativa da redução da ineficiência do funcionalismo público federal em uma estratégia de exaltação das engrenagens públicas do Estado Novo[30].

Em 1939, foi publicado o primeiro Estatuto dos Funcionários Públicos Civis da União, que, em seu artigo nº 69, trata da readaptação como a possibilidade de aproveitamento do funcionário em função mais compatível com suas capacidades e vocação[31].

A Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) foi aprovada em 1943, entretanto os servidores públicos do Estado e das entidades paraestatais, trabalhadores rurais e domésticos foram excluídos nessa legislação. Foram abordados aspectos referentes à Higiene e à Segurança nos locais de trabalho. Houveram referências aos itens iluminação, conforto térmico, ventilação, agentes tóxicos, alergênicos, irritantes e incômodos ao trabalhador, sejam estes gases, vapores ou poeiras, além da regulação de instalações como refeitórios, banheiros, características das construções, máquinas e equipamentos. Também se relacionou à obrigatoriedade do exame de admissão e periódico dos empregados, e à notificação de doenças profissionais. O Estado passou a regular o trabalho e os trabalhadores, pela intervenção direta nos sindicatos[32].

Cabe acentuar que, sob a direção de uma oligarquia não exportadora e não identificada à configuração agrária, representada pelo governo Vargas, havia um projeto de modernização do país via industrialização e urbanização. Tal projeto de mudança não incluía nada que se assemelhasse à distribuição de terras ou reforma agrária, mantendo-se a estrutura latifundiária, mas concretizava-se no benefício de um regime jurídico visando à proteção dos trabalhadores urbanos[24].

Weffort associou o caráter populista e a adesão a esse governo a um tripé formado

pela repressão, manipulação e satisfação. A identificação da Nação com o Estado se daria, para alguns autores, sob a égide da religiosidade (cristianismo) e da despolitização. A resolução antecipada de focos de possíveis tensões teria impedido a passagem dos trabalhadores de uma condição de massa a uma classe social organizada e politicamente ativa[33].

O forte ideário de manipulação das massas atingiu, ainda que inadvertidamente, teóricos de esquerda, aderidos ao populismo, que propuseram que os trabalhadores urbanos se tornassem inertes politicamente. A obra *A invenção do Trabalhismo,* de Ângela de Castro Gomes, é considerada um marco quanto à forma de análise dos eventos históricos envolvendo o nascimento do trabalhismo e as repercussões, no movimento trabalhista, da Era Vargas[34].

O Estado Novo sempre teve como preocupação se fazer entender pelo povo como forma de alcançar a inclusão, via adesão, de grupos alijados da política em um governo autoritário, mesmo durante a suspensão dos direitos políticos e civis. Se, na Inglaterra, a inclusão se deu à custa de lutas populares, no Brasil, a cidadania chegou durante um regime autoritário. Afinal, a CLT, herança da Era Vargas, exaltada ou denegrida, pela esquerda e direita, não foi modificada substancialmente pelos governos posteriores[34].

Para Vasconcellos (2011:141), "A visão fragmentada sobre o mundo do trabalho é evidente, assim como a demarcação de campos de intervenção (...) pressões corporativas possam ter estado em jogo, deixado marcado o que pertence a quem na solução dos problemas". Deve-se atentar para as idas e vindas da Higiene do Trabalho no que diz respeito à sua inserção institucional, abrigando-se, finalmente, no Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Esta filiação da saúde do trabalhador a aspectos jurídicos e contratuais, ao invés do campo da saúde pública, é alvo de crítica de alguns estudiosos da área. Para Vasconcelos, esse entendimento tem repercussões até os dias atuais a despeito da CF 1988 e do SUS[35].

## A Quarta República (1946-1964)

Em 1952, promulgou-se o segundo estatuto para os funcionários públicos da União. Nesse, a readaptação continua a ser tratada como a investidura do funcionário em função mais compatível com sua capacidade. A Lei nº 3.780/60 e Decreto nº 49.370/60, o último tratando especificamente sobre readaptação, busca realocar e enquadrar o funcionário que exercia funções diversas das pertinentes ao seu cargo inicial, ou seja, aquele em desvio de função por pelo menos dois anos, de forma permanente[31,36,37].

Em 1960, foi promulgada a Lei Orgânica de Previdência Social (LOPS), que unificou a legislação relacionada aos Institutos de Aposentadorias e Pensões, aprovando-se também o Regulamento Geral da Previdência Social. No ano seguinte, foi criado o "Estatuto do Trabalhador Rural", sendo instituído o Fundo de Assistência e Previdência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL)[38,39].

**A Ditadura Militar (1964-1985)**

Nesse período a lógica da readaptação se manteve[40]. Em 1966 ocorreu a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que se deu pela união dos IAP. A instituição do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) ocorreu em 1977 e, dentre os órgãos vinculados ao Ministério de Previdência e Assistência Social, estavam o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), cuja competência era conceder assistência médica aos segurados, o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS), com a responsabilidade de promover arrecadação, fiscalização e cobrança das contribuições, realizar o acompanhamento da execução orçamentária e do fluxo de caixa dos demais órgãos do SINPAS, e o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), cuja competência era conceder e manter os benefícios[41].

Em 1978, ocorreu a publicação das Normas Regulamentadoras da Segurança e Medicina do Trabalho. Essas foram reconhecidas como avanço, mas criticadas por terem como eixo as questões técnicas, aparentemente reflexo das circunstâncias políticas do período, de modo que a via judicial se tornou o modo de solução de conflitos[42].

Com a redemocratização do país e a retomada das liberdades civis, reorganizou-se o movimento sindical e a saúde emergiu como um ponto relevante na luta dos trabalhadores. Em 1979, foi criada, em São Paulo, a Comissão Intersindical de Saúde (CISAT), promotora das Semanas de Saúde do Trabalhador (1979) e do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT). Tais iniciativas, inspiradas no Modelo Operário Italiano (MOI), tendiam a fortalecer as articulações entre técnicos e trabalhadores na produção de conhecimentos sobre as relações entre saúde, trabalho e ambiente, mediadas pelo Direito. Como desdobramento do DIESAT, surgiu a Central Única dos Trabalhadores (CUT), com o assento na articulação intersindical. Durante a década de 80, ocorreram movimentos e lutas de trabalhadores, problemas que demandaram a intersetorialidade das instâncias e agentes públicos. Com a redemocratização, os

trabalhadores puderam retomar a posição de sujeitos dos processos político e histórico.

O campo da saúde do trabalhador surge, então, como produto de uma crítica ao modelo trabalhista previdenciário. O MOI se apresenta como um modelo mais abrangente, tendo como princípios de destaque a criação de instrumentos de avaliação, como o mapa de risco, a incorporação dos trabalhadores como sujeitos dos processos de transformação, e o diálogo entre o conhecimento técnico e o saber operário[3].

**A Sexta República (1985 - dias atuais)**

Em 1986, buscando-se manter uma coordenação unificada da administração de pessoal e a desburocratização da Administração Federal, criou-se a Secretaria de Administração Pública da Presidência da República, que extinguiu o DASP [43].

O IAPAS e o INPS foram fundidos e criou-se o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), cuja competência abrangia arrecadação de recursos, gestão do Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS), concessão e manutenção de benefícios previdenciários, e execução de programas relacionados ao trabalhador[44].

A Constituição de 1988 fortaleceu a cidadania do trabalhador, garantindo os direitos sociais essenciais e os mecanismos de cumprimento de tais direitos. Também considerou a determinação social e econômica da saúde, incluindo-se aqui o trabalho. Estabeleceu direitos trabalhistas como a jornada de trabalho, décimo terceiro salário, aviso-prévio e licença maternidade. Com a instituição do Estado de seguridade social (art. 194), a saúde passou a ser um direito fundamental, um "direito de todos e dever do Estado"[5].

A criação do SUS partiu de uma visão ampliada da saúde e da saúde do trabalhador, no escopo da concepção de uma cidadania plena com base na Constituição de 1988, e incorporou como princípios a universalidade de acesso aos serviços de saúde, a integralidade e a igualdade da assistência[45].

O movimento da reforma sanitária no Brasil consolidou a ideia de que as relações entre saúde e trabalho pertenciam ao campo da saúde pública, ao trazer o conceito não somente de saúde, mas também, um modelo sanitário ampliado. O conceito técnico normativo de Saúde do Trabalhador foi, então, inscrito na CF 1988 e na Lei Orgânica da Saúde como parte do SUS[46].

Em 1990, publicou-se o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Assim, a partir artigo 24, da Lei 8.112/90 lei, a readaptação funcional passou a ser considerada uma questão de saúde. Buscou a partir da

incapacidade laboral, um novo lugar em que esse trabalhador pudesse ser considerado com capaz, física ou mentalmente, para o exercício de seu cargo, mantendo-se como necessidade a inspeção médica[9].

De forma a operacionalizar a readaptação funcional, foi publicado o Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal e orientações da Secretaria de Recursos Humanos. Essas versam em orientações para a perícia médica quanto ao comprometimento em pelo menos 70% da parcela de atribuições do cargo ocupado, especificando as restrições apresentadas para indicação da readaptação funcional[47–50].

De forma concomitante, dúvidas quanto à possibilidade da readaptação funcional existem devido a impossibilidade de provimento derivado de cargo, que foi vedado pela Constituição Federal de 1988, mesmo considerando a razão finalística da lei[5,50].

Somente com a publicação da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), com a criação do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (SIASS) e da instituição da Norma Operacional de Saúde do Servidor (NOSS) que foi fornecido arcabouço legal para o alinhamento do conceito ampliado de saúde no setor público federal. Esse conjunto buscou trabalhar na implementação de ações de vigilância dos ambientes e processos de trabalho e na promoção à saúde e na reabilitação do servidor[51,52].

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se, por longo tempo, a ausência de políticas voltadas à saúde e previdência da população brasileira, concentrando-se iniciativas em classes profissionais organizadas, pela criação das CAP e IAP, a partir dos anos 20 do século passado.

Somente em meados do século XX se amplia o regime previdenciário para todos os trabalhadores urbanos, utilizando-se como padrão a modalidade seguro, com direito somente aos que contribuíam pelo trabalho formal.

O avanço ocorreu em finais do século XX, sendo um marco a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e a CF de 1988, que trouxe avanços importantes na área social, universalizando e equiparando o acesso a direitos fundamentais como o trabalho e a saúde. Uma das representações máximas dessa conquista se concretizou na criação do SUS. Na área do Trabalho, mudou-se a perspectiva de análise desses ambientes, inserindo as relações de trabalho como potenciais agentes de desequilíbrio e tratando-se a vigilância na concepção de saúde do trabalhador, de integralidade, buscando-se uma evolução do processo de direitos

sociais, trabalhistas e previdenciários.

Os servidores públicos federais, a partir de 1990, passam a ser regidos pela Lei nº 8.112, contribuindo para conquistas nas questões de saúde de forma estruturada e contínua, ao contrário de ações isoladas de saúde que ocorriam até então. Considera-se o modelo biopsicossocial para se pensar a saúde e, tem-se na criação do SIASS, a efetivação de uma política de atenção à saúde dos servidores públicos federais. Entretanto, a sua implementação se mostrou deficiente e o contingenciamento de recursos pelas políticas de austeridade uma realidade que priorizou a lógica da saúde ocupacional.

Quanto a readaptação funcional, somente nesse momento essa é tratada como uma questão exclusiva de saúde, utilizando até então a objetivação do funcionário para enquadramento funcional na estrutura de Estado com possibilidade de habilitação para outro cargo, não mais possível segundo a CF 88.

Assim, permanece necessária a efetivação de uma política de atenção à saúde dos servidores públicos federais, que responda aos quesitos da integralidade, interdisciplinaridade, intersetorialidade e participação social. No entanto, desde 2016, com o país imerso em crises, econômica, social e política, parece ter se tornado desinteressante esse tipo de questão. Nota-se aumento da precarização de vínculos no setor, programas de demissões, diminuição da oferta de concursos e ameaça aos direitos trabalhistas. Faz-se necessária estreita vigilância nos próximos anos para enfrentar tais desafios, além da garantia de outros direitos e da democracia.

Diante do mundo contemporâneo, do crescimento da população brasileira e mudanças nas características sócio demográficas, a globalização, a automação de indústrias, as novas tecnologias comunicacionais, entre outros fatores, é preciso insistir na produção de modalidades de ocupações e empregos, em novas redes de solidariedade social e na garantia de renda efetiva. Uma nova forma de ver o país é necessária em aspectos diversos, sendo o ambiental um dos mais importantes, tanto do ponto de vista da preservação quanto do uso do espaço, o que talvez nos obrigue a refletir acerca da economia, da produção de divisas, das atividades produtivas priorizadas pelo governo federal, além da produção e distribuição de alimentos.

Por outro lado, é fundamental o incentivo à participação política mesmo em cenários que parecem desfavoráveis. A democracia permanece sendo o regime político no qual as leis devem prevalecer a despeito das diferenças, mas sua construção em bases sólidas não é fácil. A tendência, em momentos como o atual, é o afastamento, o recolhimento com relação à vida política.

Dificilmente teremos uma compreensão adequada do conceito ampliado de saúde ou das práticas da saúde do trabalhador se não passarmos à uma visão mais complexa do mundo, da vida, da saúde, dos problemas que temos enfrentado atualmente: intolerância, violência, violação de direitos, tráfico de pessoas, trabalho escravo, entre outros.

## REFERÊNCIAS


1. Rosen G. Uma história da saúde pública. 2ª. São Paulo: Unesp; 1994. 401 p.
2. Vaconcellos LCF de, OLIVEIRA MHB de. Saúde, trabalho e direito. Rio de Janeiro: Educam; 2011. 600 p.
3. Lacaz FA de C. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. Cad Saúde Pública. 2007;23(4):757–66.
4. Mendes R, Dias EC. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. Rev Saúde Públ. 1991;25(5):341–9.
5. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. 1988.
6. Artur K. Participação e direito à saúde dos trabalhadores. Saúde E Soc. 2015;24(3):853–68.
7. Marinho HAP, Resende Filho M de A, Lucas VM. Análise do impacto da alteração normativa na aposentadoria por invalidez no Brasil. Nova Econ. 2017;27(3):551–76.
8. Poersch AL, Merlo ÁRC. Reabilitação profissional e retorno ao trabalho: uma aposta de intervenção. Psicol Soc. 2017;29(0).
9. Brasil. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Lei nº 8.112 dez 11, 1990.
10. Brasil. Reforma os Correios do Império. Decreto nº 9.912-A mar 26, 1888.
11. Brasil. Declara extinta a escravidão no Brasil. [Internet]. 3.353 maio 13, 1888. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/LIM3353.htm
12. Brasil. Criação da Caixa de Socorros para funcionários das Estradas de Ferro do Império. Decreto nº 3.397 nov 24, 1888. Disponível em : http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/LIM3397.htm
13. Brasil. Criação do Fundo de Pensões do Pessoal das Oficinas de Imprensa. Decreto nº 10.269 jul 20, 1889. Disponível em: http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-10269-20-julho-1889-542600-publicacaooriginal-51772-pe.html
14. Brasil. Concede aos empregados da Estrada de Ferro Central do Brazil direito á aposentadoria.. Decreto nº 221 fev 26, 1890. Disponível em: http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-221-26-fevereiro-1890-523613-publicacaooriginal-1-pe.html

15. Brasil. Criação do Montépio Obrigatório dos Empregados do Ministério da Fazenda. Decreto nº 942-A out 31, 1890. Disponível em: http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-942-a-31-outubro-1890-522839-publicacaooriginal-1-pe.html

16. Brasil. Criação da Caixa de Pensões dos Operários da Casa da Moeda. Decreto nº 9.284 dez 30, 1911. Disponível em: http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1910-1919/decreto-9284-30-dezembro-1911-525597-publicacaooriginal-1-pe.html

17. Brasil. Criação da Caixa de Pensões e Empréstimos para o pessoal das Capatazias da Alfândega do Rio de Janeiro. Decreto nº 9.517 abr 17, 1912. Disponível em: http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1910-1919/decreto-9517-17-abril-1912-525612-publicacaooriginal-1-pe.html

18. Brasil. Regula as obrigações dos accidentes no trabalho. jan 15, 1919. Decreto nº 3.724. jan 15, 1919. Disponível em: http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1910-1919/decreto-3724-15-janeiro-1919-571001-publicacaooriginal-94096-pl.html

19. Brasil. Crea, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no paiz, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados. Decreto nº 4.682 jan 24, 1923. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/historicos/dpl/DPL4682-1923.htm

20. Brasil. Crêa caixas de aposentadorias e pensões para o pessoal não contractado pertencente ás emprezas particulares que exntoram os serviços telegraphicos e radio-telegraphicos. Decreto nº 5.485 jun 30, 1928. Disponível em: http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-5485-30-junho-1928-562355-publicacaooriginal-86343-pl.html

21. Brasil. Reforma a legislação das Caixas de Aposentadoria e Pensões. Decreto nº 20.465 out 1, 1931. Disponível em: http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-20465-1-outubro-1931-500674-publicacaooriginal-1-pe.html

22. Brasil. Estende o regimen do decreto legislativo n. 4.682, de 24 de janeiro de 1923, a outras emprezas. Decreto nº 5.109 dez 20, 1926. Disponível em: http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-5109-20-dezembro-1926-564656-publicacaooriginal-88603-pl.html

23. Brasil. Criação do Ministério do Trabalho, Industria e Comercio. Decreto nº

19.433 nov 26, 1930. Disponível em: http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-19433-26-novembro-1930-517354-publicacaooriginal-1-pe.html

24. Souza MNO. O discurso político do Estado Novo [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008.
25. Brasil. Crêa o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos, regula o seu funcionamento e dá outras providências. Decreto nº 22.872 jun 29, 1933. Disponível em: http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-22872-29-junho-1933-503513-norma-pe.html
26. Brasil. Cria o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciários, dispõe sóbre o seu, funcionamento e dá outras providências. Decreto nº 24.273 maio 22, 1934. Disponível em: http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24273-22-maio-1934-526828-publicacaooriginal-1-pe.html
27. Brasil. Cria o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários. Decreto nº 24.615 jul 7, 1934. Disponível em: http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24615-7-julho-1934-526837-republicacao-79544-pe.html
28. Brasil. Estabelece sob novos moldes as obrigações resultantes dos acidentes do trabalho e dá outras providências. Decreto nº 24.637 jul 10, 1934. Disponível em: http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24637-10-julho-1934-505781-publicacaooriginal-1-pe.html
29. Brasil. Constituiçao da República dos Estados Unidos do Brasil. jul 16, 1934. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao34.htm
30. Rabelo FL. O DASP e o cambate à ineficiência nos serviços públicos: a atuação de uma elite técnica na fromação do funcionalismo público no Estado Novo (1937-19445). Rev Bras História Ciênc Sociais. 2011;6(3).
31. Brasil. Dispõe sobre o Estatuto dos Funcionários Públicos Civis da União. Decreto-Lei nº 1.713 out 28, 1939. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/Del1713.htm
32. Brasil. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Decreto-Lei nº 5.452 maio 1, 1943. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del5452.htm
33. Weffort FC. Por que democracia? São Paulo: Brasiliense; 1986. 133 p.

34. Gomes A de C. A Intervenção do Trabalhismo. 3ª. Rio de Janeiro: FGV; 2005. 320 p.

35. Vasconcellos LCF de, Oliveira MHB de. Direitos humanos e saúde no trabalho. Saúde E Direitos Hum. 2007;4(4):113–34.

36. Brasil. Dispõe sobre a Classificação de Cargos do Serviço Civil do Poder Executivo, estabelece os vencimentos correspondentes e dá outras providências. Lei nº 3.780 jul 12, 1960. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/1950-1969/L3780.htm

37. Brasil. Dispõe sôbre a readaptação de que trata a Lei nº 3.780, de 12 de julho de 1960. Decreto nº 49.370 nov 29, 1960. Disponível em: http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-49370-29-novembro-1960-389001-publicacaooriginal-1-pe.html

38. Brasil. Dispõe sôbre a Lei Orgânica da Previdência Social. Lei nº 3.807 ago 26, 1960. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/1950-1969/L3807.htm

39. Brasil. Dispõe sobre o Estatuto do Trabalhador Rural. 4.214 mar 2, 1963. Disponível em: http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-4214-2-marco-1963-353992-publicacaooriginal-1-pl.html

40. Brasil. Dá nova redação ao Decreto número 49.370, de 29 de novembro de 1960, que dispõe sobre a readaptação, e dá outras providências. Decreto nº 57.460 dez 20, 1965. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1950-1969/D57460.htm

41. Brasil. Unifica os Institutos de Aposentadoria e Pensões e cria o Instituto Nacional de Previdência Social. Decreto-Lei nº 72 nov 21, 1966. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1965-1988/Del0072.htm

42. MTE. Aprova as Normas Regulamentadoras - NR - do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho. Portaria nº 3.214 jun 8, 1978.

43. Brasil. Cria a Secretaria de administração Pública da Presidência da República, extingue o Departamento Administrativo do Serviço Público, e dá outras providências. Decreto nº 93.211 set 3, 1986. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/1985-1987/D93211.htm

44. Brasil. Cria o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) define sua estrutura

básica e o Quadro Distributivo de Cargos e Funções do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores de suas Unidades Centrais e dá outras providências. Decreto nº 99.350 jun 27, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/antigos/d99350.htm

45. Brasil. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Lei nº 8.080 set 19, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
46. Paiva CHA, Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. História Ciênc Saúde-Manguinhos. 2014;21(1):15–36.
47. Brasil. Manual de perícia oficial em saúde do servidor público federal. 3º ed. Brasília: Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, Secretaria de gestão de Pessoas e Relações de Trabalho no Serviço Público; 2017. 147 p.
48. SRH/MARE. Ofício-Circular nº 37. 1996.
49. SRH/MP. Ofício-Circular nº 31. 2002.
50. SRH/MP. Nota Técnica nº 183. 2009.
51. Brasil. Institui o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal - SIASS e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor. Decreto nº 6.833 abr 29, 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6833.htm
52. MPOG. Estabelece orientações básicas sobre a Norma Operacional de Saúde do Servidor -NOSS aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal - SIPEC, com o objetivo de definir diretrizes gerais para implementação das ações de vigilância aos ambientes e processos de trabalho e promoção à saúde do servidor. Portaria normativa nº 03 maio 7, 2010.

## 6. ARTIGO 2: A READAPTAÇÃO FUNCIONAL SOB O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE DO TRABALHADOR

**Resumo**: Esse artigo tem como objetivo conhecer o que os profissionais da área da saúde do trabalhador da FIOCRUZ compreendem sobre os textos legais que versam sobre a readaptação funcional, tal como de que forma esses operacionalizam o referido processo. Foi realizado um estudo qualitativo com a realização de um grupo focal. Participaram do grupo os profissionais da saúde do trabalhador dos *campi* FIOCRUZ no Rio de Janeiro que possuíam interface com o processo da readaptação funcional. A análise das comunicações foi realizada pela técnica da análise de conteúdo. Em relação aos resultados, foram evidenciados os temas saúde e doença, trabalho e adoecimento, readaptação funcional. Considerou-se que o modelo biomédico vigente exclui a subjetividade do trabalhador, necessária ao processo em questão. Além disso, para se apresentar como uma possibilidade real, conclui-se como necessária a melhor compreensão das definições e normativas relacionadas a readaptação e o envolvimento de todas as áreas implicadas.

Palavras-chave: reabilitação, saúde do trabalhador, setor público, recursos humanos

**Abstract:** This article aims to know what FIOCRUZ workers' health professionals understand about legal texts that deal with functional readaptation, as well as how they operate this process. A qualitative study was carried out with the accomplishment of a focal group. Participating in the focus group were workers' health professionals from FIOCRUZ campuses in Rio de Janeiro who had an interface with the functional readaptation process. The communications' analysis was performed by content analysis technique. Regarding the results, the health and disease, work and illness, and functional readaptation were evidenced. It was considered that the current biomedical model excludes the subjectivity of the worker, which is necessary to the process in topic. In addition, in order to present itself as a real possibility, it is concluded that a better understanding of the definitions and norms related to readaptation and the involvement of all the areas is necessary

Key-words: rehabilitation, occupational health, public sector, human resources

## INTRODUÇÃO

Com base na Lei nº 8.112/90, os servidores públicos civis da União, das autarquias e fundações públicas federais possuem regime próprio de previdência e proteção social. Esse é o regime jurídico único – RJU, que prevê, dentre direitos e deveres, a possibilidade de afastamentos para tratamento da própria saúde, a readaptação funcional e a aposentadoria, incluída aquela por invalidez[1].

Historicamente, somente por volta de 2005, o Estado Brasileiro apresentou propostas relacionadas à promoção e proteção da saúde do servidor público federal. Essas se deram, inicialmente, através da elaboração da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador - PNSST e da instituição do Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal – SISOSP[2].

Em 2009, se instituiu o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal – SIASS, reconhecido como um avanço na perspectiva do SISOSP. Essa implantação ocorreu no âmbito do Ministério do Planejamento, que criou um subsistema do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC. O novo sistema dispunha de prontuário eletrônico unificado com vistas à assistência à saúde, perícia oficial, promoção, prevenção e acompanhamento da saúde dos servidores federais[3,4].

Apesar do SIASS prever vários eixos de saúde, o primeiro módulo a operar foi o da perícia oficial em saúde. Em 2010, instituiu-se o Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal, atualmente em sua 3ª edição (2017), visando melhorar o alicerce normativo para amparo e segurança dos profissionais de saúde que operassem o sistema [5,6].

A partir de então, ocorre uma mobilização das instituições e dos recursos humanos para integrar o sistema e reavaliar as ações de saúde e, principalmente, os serviços periciais para atender às demandas legais e garantir os direitos sociais[4].

As transformações no mundo do trabalho impactam as condições de trabalho e a saúde dos servidores públicos pois, são esses que executam e administram o aparelho do Estado, entre outras funções[4,7].

A partir dessas mudanças, tornaram-se necessárias alterações nos processos de trabalho para atender às novas necessidades. Observa-se, no entanto, que pela natureza do serviço público, o contexto social e político, a complexa estrutura de poder e a burocracia produzem um hiato maior que o desejável entre a criação de políticas e os respectivos procedimentos para sua implementação. Assim, o servidor fica exposto às incertezas geradas pelo descompasso. Os efeitos negativos sobre as relações de trabalho podem acarretar, dentre

várias possibilidades, o adoecimento do trabalhador[4,8].

Dessa forma, tendo como ponto inicial os afastamentos de longa duração por motivo de saúde e as aposentadorias precoces por invalidez, tem-se na readaptação funcional uma possibilidade de resgate laborativo.

O objetivo deste estudo é conhecer o modo como os profissionais da área da saúde do trabalhador da Fundação Oswaldo Cruz compreendem a legislação, as normas e diretrizes acerca da readaptação funcional e como essas se relacionam a sua prática profissional.

## Readaptação funcional

A restrição de atividade laboral pode ser entendida como a recomendação médica para a não realização de certas atribuições do cargo pois, a manutenção dessas atividades poderá ser prejudicial à saúde daquele que trabalha.

Essa ocorre a partir de afastamentos por motivo de saúde nos quais o perito prevê a possibilidade de retorno ao trabalho, porém, ainda com existência de limitações em certas atividades.

No caso da impossibilidade de se exercer pelo menos 70% das atribuições de seu cargo, o servidor não recebe a indicação de restrição, mas sim a sugestão de readaptação. Essa deverá ocorrer em cargo afim, no qual o trabalhador poderá exercer até a totalidade de suas novas atribuições, respeitando-se as recomendações da junta médica[6,9].

Readaptação nos remete ao verbo readaptar, oriundo do latim *adaptare*, tornar apto. Assim, readaptação pode ser compreendida como tornar alguém apto a realizar algo, trazendo a ideia de adaptar-se novamente[10,11].

Conforme a Lei nº 8.112/90:

> *Art. 24. Readaptação é a investidura do servidor em cargo de atribuições e responsabilidades compatíveis com a limitação que tenha sofrido em sua capacidade física ou mental verificada em inspeção médica.*
>
> *§ 1º Se julgado incapaz para o serviço público, o readaptando será aposentado.*
>
> *§ 2º A readaptação será efetivada em cargo de atribuições afins, respeitada a habilitação exigida, nível de escolaridade e equivalência de vencimentos e, na hipótese de inexistência de cargo vago, o servidor exercerá suas atribuições como excedente, até a ocorrência de vaga.*

Assim, a readaptação tem por objetivo buscar o servidor afastado de seu trabalho, identificar, através da avaliação médica realizada pela perícia, as limitações relacionadas ao seu cargo, tal como as possíveis atribuições a serem exercidas[6].

A readaptação é, com certa frequência, confundida com reabilitação que, significa recuperação, restauração física, intelectual, moral, social, profissional, psicológica e material[10,11].

A reabilitação funcional pode ser pensada como um conjunto de medidas que proporcionem, ao trabalhador com alguma incapacidade laboral, o preparo para que tenha resgate de seu potencial, possibilitando o seu retorno ao trabalho. Ao se pensar em reabilitação, é necessário incluir a interação do indivíduo com o ambiente ao remover barreiras físicas, modificações estruturais no local de trabalho, bem como aquelas de âmbito social nas relações de trabalho[12].

A reabilitação profissional, serviço do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, de caráter obrigatório aos incapacitados parcial ou totalmente para o trabalho, tem por objetivo a assistência educativa e de adaptação profissional para reingresso no mercado de trabalho[13].

Contudo, cabe ressaltar que a readaptação no serviço público federal se apresenta imersa em singularidades legais. A mais discutida diz respeito ao artigo 37, inciso II, da Constituição Federal de 1988, no qual a investidura em cargo público depende de aprovação prévia em concurso público[14].

São funções no serviço público: a comissionada, de livre nomeação e exoneração, e; a de confiança, de nomeação exclusiva aos servidores efetivos para atribuições de direção, chefia e assessoramento. Portanto, a função de confiança pode ser entendida como um acréscimo de atribuições do cargo, não sendo caracterizado um desvio de atribuições para qual o servidor não fora convocado[1].

De forma concomitante, é absolutamente necessário conhecer e entender as diferenças entre cargo, função e tarefa na gestão de pessoas, sendo o conceito de cargo derivado da divisão do trabalho[15].

O artigo 3º da Lei 8.112/90 descreve como cargo público: *"o conjunto de atribuições e responsabilidades previstas na estrutura organizacional que devem ser cometidas a um servidor"*[1]. A função se baseia na realização de tarefas, englobando suas características, complexidades e responsabilidades, enquanto que a tarefa é o conjunto de atividades e ações

necessárias ao desempenho de uma determinada função[15]. Sendo assim, a realização de determinadas tarefas para o cumprimento das atribuições pertinentes ao cargo não pode ser caracterizada como desvio de função.

Observa-se que a lógica da readaptação se apresenta de forma singular, se distanciando da reabilitação profissional do INSS e da reabilitação vocacional conhecida nos Estados Unidos e em países da União Europeia. Essa última concentra seu foco em treinamento e recolocação por contratação de empresas terceiras, independente da responsabilidade do empregador ou do Estado[16,17].

## MÉTODO

Foi realizada uma pesquisa qualitativa, com realização de um grupo focal, no segundo semestre de 2018. Compuseram o grupo oito profissionais da área da saúde do trabalhador da Fundação Oswaldo Cruz, *campi* Rio de Janeiro. Entre os participantes estavam médicos peritos, médicos do trabalho, psicólogos e assistentes sociais.

Os critérios de inclusão foram: ter interface com o processo de readaptação funcional no desempenho de suas atividades profissionais, ser servidor sob o regime jurídico dos servidores civis da União (Lei nº 8.112/90). Todos os participantes concordaram em participar do estudo, leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O grupo focal foi escolhido como técnica de pesquisa para preservar a fala e reduzir a possibilidade de identificação dos participantes. Foi preparado um roteiro com questões abertas sobre o tema readaptação profissional e suas relações com a saúde e o trabalho no serviço público federal. Além dos participantes e do facilitador, estava presente um auxiliar para trabalhar como observador[18].

A comunicação entre o grupo foi gravada, transcrita e analisada através da técnica da análise temática. Buscou-se compreender a conjunção das positividades do discurso e a prática de atenção à saúde, tais como a presença de normas e normatizações, e as considerações acerca da prática profissional que, para além dos protocolos, reúne diversas dimensões da experiência do sujeito, de modo a desvendar a realidade *a priori*, independente do momento da pesquisa[19,20].

A análise de conteúdo envolve processos de explicitação, sistematização e expressão do conteúdo de discursos ou comunicações, com a finalidade de elaborar deduções lógicas e justificadas sobre sua produção, circulação, conteúdo e efeito; quem as emitiu, por que, em

que contexto e quais os efeitos esperados[21].

Bardin (2016) defende que a análise de conteúdo oscila entre os dois polos que envolvem a investigação científica: o rigor da objetividade e a fecundidade da subjetividade, permitindo a elaboração de indicadores quantitativos e qualitativos, que ajudam o pesquisador em uma segunda leitura mais informada. O enfoque quantitativo busca a frequência com que surgem determinados elementos nas comunicações, preocupando-se com o desenvolvimento de novas formas de procedimento para mensurar as significações identificadas. Já o enfoque qualitativo volta sua atenção para a presença ou para a ausência de uma característica, ou conjunto de características nas mensagens analisadas, na busca de ultrapassar o alcance descritivo das técnicas quantitativas para atingir interpretações em um maior nível de profundidade[21].

Neste sentido, ela busca revelar o que está escondido, latente, ou subentendido na mensagem, ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo e alcançar uma vigilância crítica em relação à interpretação e análise de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou da observação[22].

Procedeu-se a leitura compreensiva de todo o material, buscando-se ter uma visão de conjunto e apreender as suas particularidades.

A partir de então, elaborou-se pressupostos norteadores que permitiram a distribuição do texto nos blocos temáticos: saúde e doença, trabalho e adoecimento, e readaptação funcional.

Realizou-se a distribuição de textos, frases, palavras ou fragmentos que permitiram estabelecer, através de inferência, relações dos núcleos de sentido com pressupostos iniciais. Finalmente, foi possível alinhar os resultados com os objetivos da pesquisa, através da interpretação dos resultados obtidos[23].

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob número CAAE 65658617.4.0000.5240, em 25 de maio de 2017.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Saúde e doença

A saúde foi colocada inicialmente de forma conceitual, com representações individuais e sociais. Apontou-se para uma expectativa predominantemente positiva,

associando-se a saúde à possibilidade de realizar-se nas relações pessoais, incluindo aquelas profissionais.

A fala do grupo demonstra que a saúde está também relacionada a realização das atividades de vida diária, com a capacidade de gerir sua própria vida e se manter em equilíbrio, considerando possíveis impedimentos físicos ou mentais e o limite individual de cada pessoa.

*"Saúde é quando você está de uma forma que consegue fazer suas atividades, sem nada físico ou psíquico que te atrapalhe."*

*"Eu acho que é você estar operacional mesmo que tenha alguma situação de doença."*

*"...também tem a ver com motivação. Se eu venho trabalhar e tenho essa motivação, apesar de uma... sei lá... sinusite, ou as vezes até um problema mental... estou produzindo e está sendo bom para mim também."*

Porém, observa-se que a saúde, sob a ótica dos padrões exigidos pela sociedade, pode transformar-se em um bem (quase) inalcançável:

*"Eu acho que saúde na sociedade que a gente vive é uma utopia!"*

As considerações do grupo puseram em discussão o conceito de saúde apresentado pela Organização Mundial da Saúde – OMS/WHO, em 1946, "*A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade"*[24].

Discutiu-se o fato do "estado de completo bem-estar" ser uma atribuição de responsabilidade dada aos indivíduos, porém, esta diz respeito ao sujeito, sendo necessária a consideração do ambiente e sua contínua interação. Dessa forma, a definição de conforto e bem-estar físico, mental, e social, pode ser algo impossível[25–27].

A saúde também assumiu uma representação socioambiental no momento em que o grupo incluiu aspectos econômicos e políticos, relacionados ao território, cultura, educação e informações recebidas das propagandas e mídias sociais. Tais aspectos influenciam a capacidade de discernimento de determinada realidade e condições de vida, saúde e trabalho das pessoas.

Dessa forma, fica evidente que o grupo aponta para as relações sociais como aspecto na construção do ideal de saúde, pela subjetividade de cada trabalhador.

*"Entendo como subjetivo porque a saúde é isso, é você mesmo com algum tipo de incômodo, de adoecimento, você saber que você consegue superar aquilo, porque algo na sua vida te motiva, é você ter o sentimento de poder superar aquilo, entendeu?"*

Pode-se entender que o trabalhador está exposto a vivencias de objetivação, pelo controle disciplinar de corpo e força, e de subjetivação, preso à sua identidade e consciência. Assim, esse sujeito é resultado de um processo singular, em que a saúde e doença possuem contribuições de determinantes sociais[26,28,29].

"*Em última instância, poderíamos considerar como sendo um estado ideal, que não é concretamente atingido, podendo ser simplesmente uma ficção, ou seja, uma ilusão, alguma coisa que não se sabe muito bem no que consiste, mas sobre a qual se tem esperanças"* [25].

Assim sendo, a representação de saúde inferida estaria de certa forma influenciada por questões técnico-científicas. No entanto, é vista ainda como relacionada à conquista de um objetivo que pode ter a natureza de um sonho ou desejo ou, ao contrário, de uma imposição. A saúde deve ser alcançada para fazer frente à realidade, atendendo às necessidades ou aos desejos, e, de modo confortável, integrandro àqueles aos quais identifica-se ou têm como padrão. A saúde, pensada como produto da interação homem-meio (físico ou social) tem como pressuposto a criatividade diante de algo que muda a todo tempo[25,30].

Ao se falar de doença, observou-se certa retração do grupo para manter a questão em pauta, porém ficou transparente a inexistência de uma dissociação binomial clara entre saúde e doença.

A doença é definida como desequilíbrio, que não tem a forma de uma descontinuidade, mas sim de um processo. Para os profissionais de saúde do grupo, a doença e saúde devem ser vistas de modo não dicotômico, não excludente, sendo possível estar doente e, ao mesmo tempo, ter saúde.

*"Acho que é uma balança e um contexto que tem de ser bem analisado."*

Tais ideias nos ratificam as afirmações de Canguilhem (2011), autor que considera haver infinitas possibilidades fisiológicas e contextuais para o normal e o patológico. Muitas vezes, uma avaliação qualitativa, além da empírica, se faz necessária para se afirmar existir saúde e doença, considerando o indivíduo em seu contexto, logo, em sua totalidade[30].

Trabalho e adoecimento

A qualidade do trabalho realizado e suas possíveis consequências foram amplamente discutidas:

*"O que a gente tem que ver é qual a qualidade desse trabalho realizado. Porque às*

*vezes a pessoa está lá... no trabalho, mas não está produzindo o que ela normalmente produziria se não estivesse naquele quadro de saúde."*

Assim, o trabalho que motiva pode superar a doença, pois, o trabalho pode representar a capacidade de manter-se motivado para produzir, de modo a conviver com a realidade e superar as dificuldades:

*"E a gente tem que ver que há doenças e doenças! Por exemplo, diabetes é uma doença, a hipertensão é uma doença, mas a pessoa trabalha, faz tudo normalmente, sendo diabética e sendo hipertensa... então, qual é a doença que a gente está falando?"*

O trabalho é visto como fonte de sofrimento e de prazer, se caracterizando por relações afetivas e o sentimento de pertencer a um coletivo. Há que se considerar ainda as estruturas hierárquicas que podem ser experimentadas como coercitivas e vivenciadas como desiguais em condições de poder e dominação[31].

A insatisfação no trabalho, a ociosidade mediante ausência de tarefas e ações, bem como as atividades sentidas como de pouco ou nenhum valor, a competitividade, o individualismo, a inflexibilidade relativa à frequência e horários, e relações de trabalho autoritárias podem estar na raiz do adoecimento no trabalho. Diversas transformações no mundo do trabalho, entre elas o avanço tecnológico, automação e informatização parecem tornar dispensáveis certas funções e, frequentemente, resultam em dificuldades para lidar com a nova realidade nos ambientes e nas relações de trabalho.

Essa violência nas novas formas e exigências dos processos de trabalho, resultado de uma política econômica mundial, evolução do neoliberalismo, busca impor o sistema capitalista como o único sobrevivente, e apresenta como consequência novas formas de adoecimento no trabalho, como mal-estares, esgotamento emocional, ausência de sentido, gerando sofrimento no trabalho e aumento das doenças mentais[32,33].

Como resultado dessa dificuldade tem-se o absenteísmo, que se apresentou, para o grupo, como evento multifatorial[34]. O problema estaria na apresentação desse como um índice, capaz de quantificar a ausência ao trabalho, mas não os fatos associados ao adoecimento dos trabalhadores[15,35]. Assim, esse seria um índice que não expressa a complexidade do processo de adoecimento ao desconsiderar a presença do trabalhador mesmo quando doente, ou seja, o presenteísmo. Dessa forma, o grupo trouxe para a discussão que absenteísmo é um índice quantitativo finalístico para estimar perda de produtividade e custos, não sendo fidedigno para a saúde dos trabalhadores[36]:

*"O absenteísmo não é um dado fidedigno para refletir a saúde. Reflete o afastamento. "*

*"Não leva em consideração pessoas adoecidas que estão trabalhando. "*

Conforme relatado pelo grupo, torna-se necessária a utilização de outras ferramentas capazes de avaliar a subjetividade, as relações horizontais e hierárquicas como determinantes da saúde nos ambientes de trabalho.

*"É difícil quantificar uma coisa subjetiva. A gente tenta porque a gente vive de números."*

*"As pessoas precisam se sentir úteis, acho que é muito difícil se sentir inútil."*

Verificou-se que o setor público representa um ambiente de trabalho pouco flexível, altamente hierarquizado, pouco coletivizado e com pouca valorização e motivação do servidor [4].

Percebe-se que os valores do Estado e da Instituição, tais como as práticas que representam a forma como esses se organizam e realizam seu gerenciamento, incidem diretamente nas diretrizes da gestão de pessoas e, consequentemente, sobre o trabalhador[37]:

*"Existem trabalhos e responsabilidades diferentes e salários iguais."*

*"É lugar por lugar... tem chefias que enxergam isso e chefias que não enxergam... tem chefias engessadas, burocráticas, e tem outras que não... e que enxergam isso em prol de ter melhor resultado..."*

*"...pensar em mecanismos que a gente tem... pouca liberdade impacta a subjetividade."*

Além disso, foram mencionadas a ausência de meritocracia, a presença de mecanismos punitivos velados, poucas possibilidades de implementação de estratégias do resgate do potencial laborativo, aqui representada por rigidez quanto a inovações e ao exercício da criatividade no processo de trabalho.

O grupo manifestou-se pela necessidade de se trabalhar sob regras, mas defendeu a abertura para a liberdade de criação, fator visto como importante na manutenção do bem-estar, e entendido como dependente do perfil das chefias.

Readaptação funcional

As considerações do grupo assinalaram que o processo de readaptação funcional é visto de forma negativa, sendo caracterizado por sentimentos de medo, punição e exclusão. Tal situação conflui para a atribuição ao próprio trabalhador pela busca da solução de seu processo, cabendo a esse procurar por outro local de trabalho, outras atividades dentro de seu cargo. Enfim, o servidor é o responsável pela gestão de seu processo:

*"O servidor é responsabilizado duas vezes, um por estar doente e outro por ter que procurar outro lugar para se recolocar."*

Tal visão conflui com a percepção de professores de uma universidade pública que citam como ponto de destaque a discriminação e estigmatização por parte dos colegas de trabalho no processo de readaptação[7].

O processo foi aludido como extremamente burocrático e engessado, apresentando-se como possível solução, a necessidade de um encaminhamento individualizado para melhor análise. Foi demonstrada preocupação com a falta de articulação entre perícia, recursos humanos, servidores e chefias, com excesso de burocracia e o tratamento da readaptação de um servidor como um assunto do coletivo, de modo a viabilizar a melhoria das condições de trabalho e as mudanças necessárias à implementação satisfatória da readaptação.

*" Acho que deveria ser um atendimento mais plural."*

*"... minha experiência é que o processo de afastamento com indicativo de readaptação funcional, ele já vinha para a gente no último ciclo de licença com essa informação... olha, a junta vai deliberar que vou ser readaptada..., e antes de chegar ao final da licença a gente já tinha a informação que tipo de readaptação era essa, para fazer até negociação na área, remanejar... aí, ela voltava readaptada."*

*"A gente tem a dificuldade de ser um processo burocrático, não existe uma reestruturação a nível de serviço público, não só o federal, acho que isso é geral... normalmente você é readaptado, não existe acompanhamento daquele trabalhador para saber se de fato ele foi readaptado."*

A partir da legislação vigente, cabe à junta oficial em saúde sugerir a readaptação funcional, com base na avaliação da capacidade de realização de 70% das atribuições do cargo exercido. Caso consiga realizar mais de 70% das atividades, deverá retornar no mesmo cargo com especificação das restrições. Se não conseguir atingir esse percentual, deverá ser readaptado em novo cargo por Ato de Readaptação[6].

Assim, para o grupo:

*"A readaptação aqui é só restrição. A junta nega todas as readaptações e dá um laudo com restrição."*

*"De qualquer forma o que mais acontece é restrição... a readaptação nunca vi acontecer... na prática por ser muito burocrático, a realidade se impõe..."*

Entretanto, apesar da legislação vigente prever a possibilidade da readaptação com base nos artigos 24 e 188 da Lei nº 8.112/90, Ofício- Circular SRH/MARE nº 37/96, Ofício-

Circular SRH/MP nº 31/02 e Nota Técnica nº 183/2009/COGES/DENOP/SRH/MP, permanecem dúvidas quanto à investidura em cargo de atribuições afins, tendo em vista a impossibilidade de provimento derivado da Constituição Federal de 1988, e aos procedimentos operacionais protocolares a serem adotados[9,14,38,39], conforme colocado pelos participantes:

*"Existe uma polêmica legal.... que se tiver uma restrição de mais de 70% teria que ser readaptado... isso eu nunca vi aqui... de qualquer forma, o que mais acontece é restrição."*

*"Acho que a readaptação deveria ser menos burocrática e uma questão de todos, do coletivo..."*

*"Você tenta readaptar, mas às vezes é desvio de função..."*

Contudo, o grupo não vê a existência de critérios para indicar a readaptação funcional, havendo como único parâmetro a realização de 70% das atividades do cargo. Ficou clara a necessidade de melhor discussão das questões que envolvem a readaptação visando a melhor operacionalização, otimização dos recursos existentes dentro do serviço público e redução de aposentadorias precoces por invalidez.

*"Existe necessidade de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar para avaliar essas necessidades."*

*"Talvez se a gente tivesse mecanismos de readaptação a pessoa nem fosse aposentada... ela voltava..."*

Há de se considerar que a realização de determinadas tarefas para o cumprimento de atribuições pertinentes ao cargo não pode ser caracterizada como desvio de função. Infere-se que a readaptação funcional somente é possível para os servidores públicos efetivos; os concursados sob regime da Lei nº 8.112/90. Além disso, presume-se, mesmo com todas as questões legais relacionadas, a existência de constitucionalidade de todos os atos normativos, associando-se os princípios da eficácia, eficiência e economicidade[9,14,40].

Outro apontamento é a diferença quanto à reabilitação dos segurados do regime geral de previdência social, no qual o trabalhador elegível para esse processo pode, quando necessário, ser capacitado para outro cargo ou atividade. Possibilidade que é atualmente inexiste para os servidores públicos federais[1,41].

*"Na reabilitação do INSS pode mudar de cargo... existem outras alternativas, como ser capacitada noutra atividade. "*

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo biomédico vigente não oferece bases teóricas que permitam identificar as relações entre saúde e doença, uma vez que exclui a subjetividade ao lidar com o adoecimento relacionado ao trabalho.

Ao se tratar da readaptação, fala-se de um processo complexo, para o qual o saber médico é insuficiente para um desfecho favorável, por dificuldades na compreensão e integração dos diversos fatores incluídos no adoecimento e na estruturação (ou reestruturação) do ambiente e das relações de trabalho.

Apesar da prática vigente no processo da readaptação considerar outros saberes, as normas legais determinam a decisão quanto à necessidade e possibilidade de readaptação funcional à perícia médica. A readaptação no serviço público federal é vista com muitos entraves burocráticos, os quais dificultam a implementação de políticas institucionais, que permitam e facilitem a sua execução.

São necessárias melhor definição e compreensão dos termos envolvidos com a readaptação, visando a melhoria das normativas que orientem sua realização. A readaptação, então, pode tornar-se uma possibilidade importante na prevenção de doenças, se já instaladas, de redução de seu agravamento e na ocorrência de sequelas, além da manutenção ou resgate da capacidade laborativa do servidor.

A readaptação pode e deve se apresentar como um dispositivo da Administração para manutenção de seus recursos humanos, preservação dos direitos dos servidores, eficiência de seus processos e redução de custos previdenciários pela criação de alternativas viáveis às aposentadorias precoces por invalidez.

Apesar da disponibilidade dos profissionais de saúde envolvidos com a readaptação funcional em efetivar esse processo, esse trabalho possibilitou compreender a necessidade de melhor discussão acerca desse tema, sua condução e possibilidades. Acredita-se que, somente assim será garantida maior segurança aos envolvidos no processo, tornando a readaptação profissional um processo possível, que beneficiará não somente ao servidor, mas também a Administração Pública.

## REFERÊNCIAS


1. Brasil. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Lei nº 8.112 dez 11, 1990.

2. Andrade E. O Processo de Implementação da Política de Atenção à Saúde do Trabalhador em Instituições Públicas Federais: o desafio da integralidade. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2009.

3. Brasil. Institui o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal - SIASS e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor. Decreto nº 6.833, de abr 29, 2009.

4. Silva M da CC da. A saúde do servidor público em sua dimensão social. Maceió: EDUFAL; 2013. 325 p.

5. MPOG. Institui o Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal, que estabelece orientações aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal – SIPEC sobre os procedimentos a serem observados quando da aplicação da Perícia Oficial em Saúde de que trata a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Portaria SRH nº 797 mar 22, 2010.

6. Brasil. Manual de perícia oficial em saúde do servidor público federal. 3º ed. Brasília: Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, Secretaria de gestão de Pessoas e Relações de Trabalho no Serviço Público.; 2017. 147 p.

7. Arbex APS, Souza KR, Mendonça ALO. Trabalho docente, readaptação e saúde: a experiência dos professores de uma universidade pública. Physis Rev Saúde Coletiva. 2013;23(1):263–84.

8. Santa-Marinha MS, Teixeira LR, Maciel EMG de S, Moreira M de FR. Avaliação das licenças para tratamento de saúde após implantação do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor na FIOCRUZ: quadriênio 2012–2015. Rev Bras Med Trab. 2018;16(1):67–70.

9. SRH/MP. Nota Técnica nº 183. 2009.

10. Cunha AG da, Mello Sobrinho C, Cunha AG da. Dicionário etimológico da língua portuguesa. 4a. ed. rev. e atualizada. Rio de Janeiro, RJ, Brasil: Lexikon : FAPERJ; 2010. 712 p. (Obras de referência / Lexikon).

11. Houaiss A, Villar M, Franco FM de M, Instituto Antônio Houaiss de Lexicografia, organizadores. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. 1a ed. Rio de Janeiro: Objetiva; 2009. 1986 p.

12. World Health Organization, World Bank, organizadores. World report on disability. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2011. 325 p.

13. Brasil. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Lei nº 8.213, de jul 24, 1991.

14. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. 1988.

15. Chiavenato I. Gestão de pessoas. Rio de Janeiro: Elsevier : Campus; 2010.

16. Høgelund J. Reintegration: Public or Private Responsibility? Consequences of Dutch and Danish Policies toward Work-Disabled Persons. Int J Health Serv. 2002;32(3):467–87.

17. Schneider J. Supported-employment practice in the UK: Evidence about an emerging occupational group. Disabil Rehabil. 2008;30(23):1819–28.

18. Victora CG. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000. 133p.

19. Veneu A, Ferraz G, Rezende F. Análise de discursos no ensino de ciências: considerações teóricas, implicações epistemológicas e metodológicas. Ens Pesqui Em Educ Em Ciênc Belo Horiz. abril de 2015;17(1):126–49.

20. Rocha D, Deusdará B. Análise de Conteúdo e Análise do Discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. Alea Estud Neolat. 2016;7(2).

21. Bardin L. Análise de conteúdo. 3ª reimp. da 1ª edição de 2016. São Paulo: Edições 70; 2016. 279 p.

22. Queiroz M de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Cad Saúde Pública. setembro de 1992;8(3):342–4.

23. Minayo MC de S, Deslandes SF. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2003.

24. OMS. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO). 1946. Disponível em: http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html

25. Dejours C. Por um novo conceito de saúde. Rev Bras Saúde Ocupacional. 1986;14 (54):7–11.

26. Foucault M. Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes; 2005.

27. Spink MJP, Figueiredo PM, Brasilino J. Psicologia social e pessoalidade. Rio de Janeiro, Brazil: Centro Edelstein; 2011. Disponível em: http://books.scielo.org/id/xg9wp

28. Borde E, Hernández-Álvarez M, Porto MF de S. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. Saúde Em Debate. 2015;39(106):841–54.

29. Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: GRAAL; 1979. 295p.

30. Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária; 2010. 277p.

31. Dejours C. Subjetividade, trabalho e ação. Production. 2004;14(3):27–34.

32. Salmon A. A empresa neoliberal: da ordem espontânea à ordem moral. Sociologias. 2017;19(45):230–56.

33. Bouyer GC. Sofrimento social e do trabalho no contexto da área "saúde mental e trabalho". Psicol Soc. 2015;27(1):106–19.

34. Andrade TB de, Souza M das GC de, Simões M da PC, Andrade FB de. Prevalência de absenteísmo entre trabalhadores do serviço público. Sci Medica. 2008;18(4):166–71.

35. Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C, Betiol MIS. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas; 2007.

36. Paschoalin HC, Griep RH, Lisboa MTL, Mello DCB de. Transcultural adaptation and validation of the Stanford Presenteeism Scale for the evaluation of presenteeism for Brazilian Portuguese. Rev Lat Am Enfermagem. 2013;21(1):388–95.

37. Demo G, Fernandes T, Fogaça N. A influência dos valores organizacionais na percepção de políticas e práticas de gestão de pessoas. REAd Rev Eletrônica Adm Porto Alegre. 2017;23(1):89–117.

38. SRH/MP. Ofício-Circular nº 31. 2002.

39. SRH/MARE. Ofício-Circular nº 37. 1996.

40. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências.Emenda Constitucional nº 19 jun 4, 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc19.htm

41. Brasil. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Lei nº 8.213, de jul 24, 1991.

## 7. ARTIGO 3: AVALIAÇÃO DAS LICENÇAS PARA TRATAMENTO DE SAÚDE APÓS IMPLANTAÇÃO DO SUBSISTEMA INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR NA FIOCRUZ: QUADRIÊNIO 2012–2015

**Resumo:** O absenteísmo por doença no serviço público federal é uma temática de pouca visibilidade. Este é um estudo ecológico de série temporal com objetivo de analisar a taxa de licença para tratamento de saúde entre os servidores da FIOCRUZ no quadriênio 2012–2015. A taxa do quadriênio foi de 45,30 (DP=6,50). Não se identificou variação significativa das taxas entre os anos estudados (p=0,144). Enfatiza-se a necessidade de dados de forma estruturada para construção de indicadores para o conhecimento da realidade de saúde desses trabalhadores, visando à proposição de medidas de proteção e promoção da saúde do trabalhador.

Palavras-chave: absenteísmo; setor público; recursos humanos; saúde do trabalhador.

**Abstract:** Sickness absenteeism within the federal public service setting is not a quite visible subject. The present ecological time-series study sought to analyze the rate of treatment leaves among FIOCRUZ employees from 2012 to 2015. The 4-year rate was 45.30 (SD=6.50). There was no significant change in the rates along the investigated period (p=0.144). We stress the need for structured data to develop indicators representing the actual health conditions of these workers aiming at suggesting measures to protect and promote the workers' health.

Keywords: absenteeism; public sector; human resources; occupational health.

## INTRODUÇÃO

O adoecimento do trabalhador, relacionado ou não ao trabalho, impõe um custo econômico à sociedade, diretamente pelo absenteísmo e pelo pagamento de benefícios ao trabalhador licenciado. Além disso, atinge o próprio trabalhador e sua família, pela redução da renda e prejuízo na produtividade, pelos gastos com saúde, destacando-se aqui o tratamento das doenças crônicas não transmissíveis. Estima-se que acidentes e doenças relacionadas ao trabalho representem uma perda anual de 4% do produto interno bruto global, algo perto de 2,8 trilhões de dólares, sendo gastos 145 bilhões de euros por ano na União Europeia. As desordens musculoesqueléticas possuem maior prevalência entre os trabalhadores do bloco; representando mais de 10% do total de anos perdidos por motivo de doença em 2009. No Reino Unido, essas representaram cerca de 40% dos casos de doenças relacionadas ao trabalho no período de 2011–2012[1].

"Absenteísmo" é usado para designar a ausência do trabalhador no processo de trabalho. Ele pode apresentar-se como uma forma do trabalhador lidar com a insatisfação, sendo considerado uma maneira de resistir às condições de trabalho que oferecem desconforto ou trazem doença. Tais condições podem relacionar-se à atividade laboral per si, mas também à baixa remuneração, ao ambiente de trabalho e a outros problemas de ordem biológica, socioambiental ou financeira.

Em caso de ausência ao trabalho por motivo de doença, a previdência social garante renda ao contribuinte e a sua família. E isso é feito por meio do "auxílio-doença" aos segurados pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) ou pela "licença para tratamento de saúde", que beneficia os segurados pela Lei nº 8.112/1990, regime jurídico dos servidores civis da União, autarquias e fundações públicas federais, conhecido como com regime jurídico único (RJU).

A concessão dos benefícios se dá conforme a emissão do laudo médico, resultante da avaliação da capacidade laborativa do trabalhador pela perícia médica. No caso do INSS, o direito ao auxílio, aos contratados pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) ocorre a partir do décimo sexto dia de ausência, sendo os primeiros 15 dias pagos pela empresa. Já no RJU, o contratante e a previdência são caracterizados como o próprio Estado, sendo necessária a realização de perícia médica a partir do sexto dia de ausência.

Apesar da relevância do tema e dos impactos ocasionados pelo absenteísmo, nota-se deficiência no acesso às informações da saúde dos servidores públicos federais e existência

de poucos estudos sobre o tema. Alguns estudos têm como foco os profissionais de enfermagem em hospitais universitários, os quais têm como causas principais de afastamento os transtornos mentais e as doenças osteomusculares[2,3].

A partir da publicação do Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal em 2010, as normas e requisitos para a concessão de afastamentos no serviço público federal foram modificadas. As perícias passaram a ser registradas em um sistema de prontuário eletrônico unificado para os órgãos integrantes do sistema: o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS).

Apesar do avanço representado pela base de dados do sistema, persistem deficiências na construção de indicadores e no acesso aos dados, o que dificulta a realização de estudos acerca do perfil de doenças responsáveis pelo afastamento do trabalho, causas e formas de adoecimento, e produção de conhecimento para implementação de ações efetivas voltadas à melhoria das condições de saúde dos trabalhadores.

Este trabalho tem como objetivo investigar as taxas de licença para tratamento da própria saúde na FIOCRUZ.

## MÉTODOS

Trata-se de estudo ecológico de séries temporais. Foram analisados os dados disponibilizados pelo Anuário Estatístico de Saúde do Trabalhador no período de 2012 a 2015 [4], que reúne informações do SIASS e do Sistema de Gestão Administrativa (SGA) da FIOCRUZ. Não foi possível calcular a taxa de absenteísmo devido à ausência de informação do número de dias de ausência no trabalho.

As taxas anuais de licença para tratamento da própria saúde (TLTPS) foram calculadas utilizando-se as licenças concedidas de forma administrativa (sem perícia) e as licenças concedidas após a realização da perícia. O cálculo realizado foi a razão entre o número total de licenças para tratamento da própria saúde e o número total de servidores da FIOCRUZ no mesmo período, tendo como referência temporal o mês de dezembro:

$$\text{TLTPS} = \frac{\text{nº licenças para tratamento da própria saúde no período}}{\text{nº servidores no período}} \times 100$$

Cada licença concedida foi tratada como um evento independente, seguindo a lógica utilizada pelo SIASS. Isso significa que cada atestado médico que gerou uma licença de forma administrativa e cada laudo pericial com inaptidão ao trabalho se refere a uma licença.

Utilizou-se o sistema IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0 para análise estatística dos dados. Não foi obtida distribuição normal dos dados pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Realizou-se a estatística descritiva dos dados com as frequências absolutas, relativas e mediana. Para estimar a tendência entre as TLTPS ao longo do período, utilizou-se o coeficiente de Poisson. O coeficiente de determinação (R2), que indica a fração da variabilidade de uma variável dependente que é explicada estatisticamente pela independente, foi determinado em nosso estudo pela análise de regressão das taxas de licença por ano de ocorrência. Toda a análise considerou nível de significância $p<0,05$ e intervalo de confiança de 95% (IC95%).

Por se tratar de dados de acesso irrestrito, foi dispensada a submissão do estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa.

As informações referentes aos anos de 2009 a 2011 foram excluídas devido à existência de diferentes regras de concessão de licenças vigentes à época.

## RESULTADOS

No período de 2012 a 2015, foram homologadas 9.394 licenças para tratamento da própria saúde. A mediana do número de licenças foi 2.370,50, sendo o primeiro quartil 2.142 e o terceiro quartil, 2.572.

As TLTPS estão apresentadas na Figura 1. A taxa do quadriênio (2012–2015) foi de 45,30, com desvio padrão (DP) 6,50. Não se identificou variação significativa das taxas entre os anos estudados ($p=0,144$).

## DISCUSSÃO

Foram encontrados poucos dados que permitissem estabelecer um parâmetro para a TLTPS. Dessa forma, este estudo não foca na representatividade dos seus resultados, mas sim na possibilidade de servir como referencial para outras pesquisas.

As principais causas de afastamento citadas pelo anuário em 2015 foram: doenças do sistema osteomuscular (21,9%); transtornos mentais (15,5%) e doenças circulatórias (9,1%)[4]. Os problemas osteomusculares (41,5%) e os transtornos mentais (28,4%) também foram as situações de maior prevalência no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP)[3].

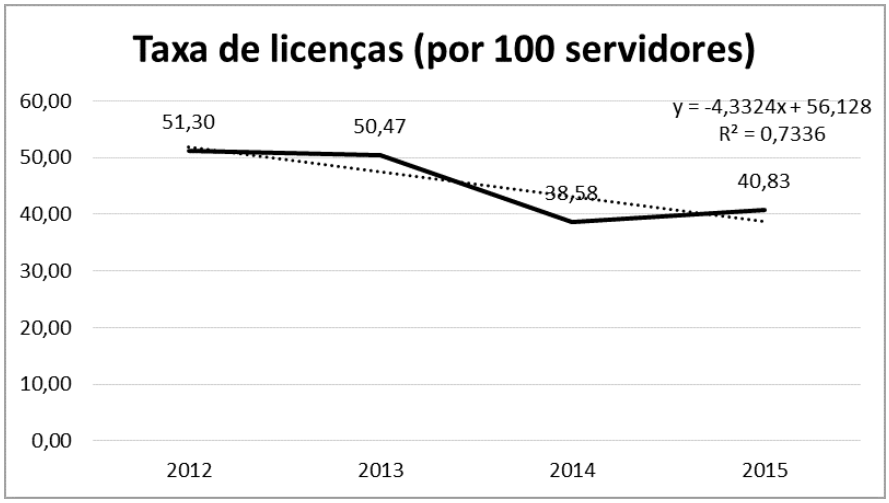
A tendência central, representada pela mediana, foi de 2.370,50, e as licenças concedidas no quadriênio variaram entre 2.033 (2014) e 2.620 (2013). A TLTPS de 45,30 no quadriênio estudado, com mínima de 38,58 e máxima de 51,30, foi menor do que a de 53,00, encontrada no hospital da Universidade Federal de Minas Gerais[2] e aquelas de 134,00 do HU-USP[3] e de 120,00 na Prefeitura de Vitória, Espírito Santo[5].

A TLTPS, que representa a magnitude com que as licenças são concedidas, pode ser tomada como um indicador indireto de frequência de adoecimento. Os resultados demonstram grande variabilidade da taxa em diferentes instituições. Portanto, pensar em vigilância e prevenção se faz necessário, além da construção de indicadores e análises contínuas, que se aproximem da realidade do ambiente e adoecimento no trabalho.

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a prevenção é o elemento primordial na redução da carga de doenças, mostrando-se mais eficaz e menos dispendiosa do que o tratamento e a reabilitação. Entretanto, para planejamento e prevenção, faz-se necessária a existência de dados de boa qualidade. Contudo, a realidade é que mais da metade dos países não fornece estatísticas sobre doenças relacionadas ao trabalho[1].

Atividades ligadas à pesquisa, inovação, tecnologia e ensino são fortemente relacionadas a ambientes altamente competitivos, atividades essas que consideram os trabalhadores da FIOCRUZ, cujo perfil de doenças é semelhante aos dos países centrais[1].

Figura 1. Taxas de licenças para tratamento da própria saúde por cem servidores, na FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2012–2015.




As desigualdades existentes em termos sociais, econômicos e trabalhistas refletem-se nos afastamentos por doença, configurando Brasis distintos no que diz respeito à saúde

do trabalhador. Na FIOCRUZ há trabalhadores sob regimes diversos, com garantias trabalhistas desiguais, exercendo atividades diferentes ou idênticas.

Atualmente, reformas trabalhista e previdenciária buscam privilegiar formas de contratação e vínculos “precarizados”, cabendo ressaltar a precariedade como mais um risco aos trabalhadores.

## CONCLUSÃO

A análise de tendência da TLTPS no quadriênio 2012–2015 foi inconclusiva, sendo necessário maior período de observação. A alteração da análise da base temporal para uma frequência mensal não foi possível devido à inexistência de dados. Dessa forma, os resultados não permitiram identificar qual o impacto da implantação do SIASS na TLTPS.

A TLTPS na FIOCRUZ foi menor do que em outros estudos, chegando-se a encontrar taxas até três vezes maiores.

Evidencia-se a necessidade de aperfeiçoar a coleta de dados com objetivo de contribuir para a construção de outros indicadores que ampliem a análise da situação da saúde dos trabalhadores.

Conclui-se pela necessidade de outros estudos relativos à saúde dos trabalhadores no serviço público federal, principalmente no que se refere à produção de informações sobre o absenteísmo por motivo de doença. Acredita-se que outras análises, ao contribuírem com maior conhecimento das diversas atividades e ambientes de trabalho, possibilitem o estabelecimento de ações efetivas visando o bem-estar do trabalhador.

## REFERÊNCIAS


1. International Labour Office. Programme on Safety and Health at Work and the Environment. The prevention of occupational diseases: World Day for safety and health at work, 28 April 2013. Geneva: ILO; 2013.
2. Primo GMG, Pinheiro TMM, Sakurai E. Absenteísmo por doença em trabalhadores de uma organização hospitalar pública e universitária. Rev Med Minas Gerais. 2010;20(2 Suppl 2):S47-58.
3. Sancinetti TR. Absenteísmo por doença na equipe de enfermagem: taxa diagnóstico médico e perfil dos profissionais. [Tese de Doutorado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2009.
4. Fundação Oswaldo Cruz. Anuário Estatístico de Saúde do Trabalhador FIOCRUZ 2012-2015. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2016.
5. Bastos VGA, Saraiva PGC, Saraiva FP. Absenteísmo-doença no serviço público municipal da Prefeitura Municipal de Vitória. Ver Bras Med Trab. 2016;14(3):192-201. http://dx.doi.org/10.5327/Z1679-443520164615

# 8. ARTIGO 4: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO ABSENTEÍSMO-DOENÇA NA FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ NO PERÍODO DE 2012 A 2016

**RESUMO: Introdução:** Conhecer a prevalência e o perfil do absenteísmo por doença permite a análise indireta dos ambientes de trabalho e do processo saúde-doença. **Objetivo:** Estabelecer a prevalência e o perfil de licenças médicas na Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), entre 2012 e 2016. **Método:** Realizou-se um estudo transversal, utilizando-se como variáveis sexo, faixa etária, idade no início do afastamento, cargo, unidade de trabalho, tipo de licença, CID, número de dias de afastamento, número de prorrogações e desfecho. Nas análises, um valor de p=0,05 e o intervalo de confiança de 95% (IC95%) foram sempre considerados. **Resultados:** A taxa de acidentes de trabalho foi de 2,30% do total de licenças e a de absenteísmo, de 2,89%. As desordens musculoesqueléticas (21,2%), os transtornos mentais e comportamentais (13,1%) e as causas externas (11,3%) foram as principais causas de afastamento, e os transtornos mentais apresentaram a maior mediana de dias de afastamento (30,00). As mulheres (OR=4,08), os que ocupam cargos técnicos (OR=2,86), os trabalhadores na faixa etária de 25 a 34 anos (OR=2,68) e as unidades de produção (OR=176,30) e hospitalares (OR=34,05) apresentaram as maiores chances de licença. **Conclusões:** Ratifica-se a importância do conhecimento sobre as questões relacionadas ao absenteísmo, de modo que estratégias de manutenção da funcionalidade dos trabalhadores e redução das consequências nas relações saúde-trabalho-doença possam ser encontradas.

Palavras-chave: absenteísmo; licença médica; saúde do trabalhador; setor público.

**ABSTRACT: Background:** Accurate knowledge of the prevalence and profile of sickness absenteeism enables direct analysis of work environments and the health–disease process. **Objective:** To establish the prevalence and profile of sick leaves granted to Oswaldo Cruz Foundation (FIOCRUZ) employees from 2012 through 2016. **Method:** Cross-sectional study with analysis of variables sex, age range, age at onset of sick leave, job position, FIOCRUZ unit, leave type, ICD code, leave duration, number of leave extensions, and outcomes; p=0.05 and 95% confidence interval were considered in all the analyses. **Results:** Work accidents accounted for 2.30% of sick leaves; the absenteeism rate was 2.89%. Musculoskeletal diseases (21.2%), mental and behavioral disorders (13.1%) and consequences of external causes (11.3%) were the main reasons for sick leave. Mental and behavioral disorders exhibited the longest median leave duration (30 days). The odds of requiring a sick leave were highest among women (OR=4.08), employees with technical positions (OR=2.86), aged 25 to 34 years old (OR=2.68) or allocated to production units (OR=176.30) and hospitals (OR=34.05). **Conclusions:** We corroborate the relevance of accurate knowledge of aspects related to absenteeism for the planning of strategies to promote the functional capacity of workers, and reduce its consequences on the health–work–disease relationship.

Keywords: absenteeism; sick leave; occupational health; public sector.

## INTRODUÇÃO

No mundo do trabalho, a contemporaneidade ocasiona mudanças relacionadas à organização do trabalho, marcadas pela flexibilização em suas condições e precariedade. Tais mudanças, por meio de várias estratégias, sejam diretas (como a implementação de novas tecnologias e automação) ou indiretas (por várias mudanças sociais, provocadas por novas e diversas formas nas relações de trabalho), resultam em uma sociedade de imediatismos e de funcionamento ininterrupto por 24 horas[1].

Assim, o trabalho se revela imerso em uma realidade institucional que promove o enfraquecimento de laços coletivos, fortalece a fragilidade em detrimento de características como autonomia e desempenho, reitera o individualismo e estimula uma esperada adaptação a mudanças necessárias ao atingimento de metas[1].

É nesse cenário que se dá o trabalho na atualidade. Transcorre com forças e estratégias que permitem uma forma de subjetividade subjugada a mecanismos disciplinares e outras formas de controle do trabalho e do trabalhador. Muitas vezes, estas atuam além do ambiente laboral, resultando na convergência de singularidades e formas de resistência diversas, entre elas, o absenteísmo como um meio de lidar com o mal-estar no trabalho[1-3].

Portanto, a ausência do trabalhador no processo de trabalho é tema de alta relevância para as diversas áreas sociais, principalmente para o próprio trabalho, seja na esfera pública ou privada. Frequentemente, a temática do absenteísmo se concentra em questões relacionadas à perda de produtividade e às despesas com a saúde do próprio trabalhador ou a de sua família, pela redução da renda e do pagamento de benefícios. Porém, é importante ressaltar que essa ausência pode ser analisada como uma forma de insatisfação no trabalho, sendo um mecanismo para resistir às condições desse trabalho que causam desconforto ou doença [2].

O absenteísmo no trabalho pode estar relacionado diretamente a questões do trabalhador, como faltas e atrasos, justificados ou não, questões legais, como férias, afastamentos para casamento, nascimentos, óbitos e mudanças de domicílio, ou ainda impedimentos de ordem disciplinar, além daqueles relacionados à saúde[4,5].

Conhecer os motivos e as características do absenteísmo por doença permite uma análise indireta da organização e dos ambientes de trabalho, bem como do processo saude-doenca. Essas informações expõem aspectos diretamente relacionados à saúde e são de extrema importância para o planejamento de ações e implementação de políticas públicas relacionadas ao trabalho e à saúde[2].

Ao se concentrar no setor público, principalmente na esfera federal, observa-se a existência de poucos estudos sobre a saúde desses servidores. Não é possível identificar uma razão para tal fato, mas, como hipóteses, temos a dificuldade de acesso a informações ou, simplesmente, o desinteresse das próprias instituições pela saúde de seus trabalhadores[2,5].

Pesquisas demonstraram que, entre as principais causas de afastamento no setor público, seja nas esferas federal, estadual e municipal, estão os transtornos mentais e comportamentais e as doenças osteomusculares[2,5-7]. Esses resultados são compatíveis com estudos sobre absenteísmo em outros setores e países, que identificam os transtornos musculoesqueléticos como a causa de afastamento mais prevalente no mundo, sendo os transtornos mentais, o estresse laboral, a ansiedade, a depressão e, inclusive o suicídio, causas com índices em elevação[8].

Este estudo buscou estabelecer a prevalência e o perfil das licenças médicas entre os servidores da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), no período de 2012 até 2016. Apresenta como hipótese a existência de diferentes padrões de absenteísmo por doença, dependentes dos ambientes e das relações de trabalho nas diferentes unidades da FIOCRUZ, sejam estas concentradas em ensino, pesquisa, atividades administrativas, assistência à saúde na forma de unidades hospitalares, unidades de produção de fármacos ou imunobiológicos, entre outras. Buscaram-se, a partir de então, informações que pudessem subsidiar a implementação de medidas preventivas e de reabilitação que mantenham a funcionalidade dos trabalhadores e possam impactar na manutenção da saúde e do trabalho como uma forma inserção e reinserção social.

## MÉTODO

A FIOCRUZ, instituição vinculada ao Ministério da Saúde, tinha, em dezembro de 2016, 11.852 trabalhadores, entre servidores públicos efetivos e trabalhadores terceirizados.

A depender do tipo de vinculação, duas formas possíveis de garantias previdenciárias são estabelecidas: o Regime Jurídico Único (RJU) do funcionalismo público civil, regido pela Lei nº 8112/90, e o Regime Geral de Previdência Social (RGPS), baseado na Lei nº 8.213/91[9,10].

Em ambos os regimes, existe a previsibilidade de afastamento do trabalho por motivo de adoecimento ou incapacidade. O RJU prevê, em seus artigos 202, 203 e 204, da Lei nº 8.112/90, a "licença para tratamento da saúde", e o RGPS, o "auxílio-doença", com base nos artigos 59 e 60 § 4º da Lei nº 8.213/91[9,10].

Foram incluídos neste estudo 5.465 servidores públicos efetivos (RJU). Os trabalhadores terceirizados foram excluídos devido à dificuldade para obtenção de dados sobre os afastamentos.

Foi realizado um estudo observacional, descritivo, transversal com período de análise de janeiro de 2012 a dezembro de 2016. Foram utilizados dados da Coordenação Geral de Gestão de Pessoas (COGEPE/FIOCRUZ), coletados a partir de informações do Núcleo de Perícia e Avaliação Funcional em Saúde (NUPAFS) da referida coordenação.

Em 2012, a FIOCRUZ iniciou a implantação do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS). A partir deste, as perícias realizadas tiveram seu registro em um prontuário eletrônico unificado com anotação da avaliação médica, CID, concessão ou não do afastamento, datas de início e fim da licença. Cabe ainda ao perito informar se, ao final daquele período concedido, ocorrerá alta ou reavaliação, o que caracteriza a prorrogação da licença por motivo de doença[2,11].

Ao se tornar incapacitado para o trabalho por motivo de doença, o servidor tem o direito a se ausentar. As licenças para tratamento da própria saúde, até cinco dias corridos com anotação ou codificação da doença, podem ser dispensadas da realização de perícia médica. A partir do sexto dia, faz-se necessária a perícia, singular ou por junta médica, dependendo do período sugerido de afastamento[11]. Utilizou-se a concessão de licenças com base nas perícias médicas para avaliação das características do absenteísmo por motivo de doença.

Convencionou-se chamar de "licença médica" o período de ausência ao trabalho concedido pela perícia médica por meio de laudo médico pericial. Entretanto, é importante ressaltar que prorrogações contínuas, ou seja, várias licenças ininterruptas, foram consideradas como uma única licença.

Como possíveis desfechos da licença foram considerados:

- alta da licença, sendo aqui considerado o retorno à atividade laboral, a aposentadoria voluntária e o óbito durante a vigência de licença;
- aposentadoria por invalidez;
- manutenção da licença, quando esta manteve-se ao longo do ano de 2017.

Para análise, utilizaram-se como variáveis, sexo, faixa etária, ano do afastamento, idade no início do afastamento, cargo, unidade, tipo de licença, início ou não anterior ao período de estudo (antes de 2012), código da décima versão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) informado pela perícia, número de dias de afastamento, número de prorrogações e desfecho.

Todos os servidores tiveram sua alocação nos cargos da atual carreira da FIOCRUZ: “pesquisador em saúde pública”, “tecnologista em saúde pública”, “analista de gestão em saúde”, “técnico em saúde pública” e “assistente técnico de gestão em saúde”, tendo os dois últimos cargos exigência de nível médio de escolaridade. Para os trabalhadores que ainda mantêm sua permanência em carreiras anteriores, simultaneamente à atual carreira, utilizou-se a equivalência de cargos para que fosse possível chegar aos cinco cargos da carreira atual.

Para avaliar a razão de prevalências nas unidades da fundação, optou-se pela análise das unidades técnico-científicas com maior número de servidores e por reunir todas as unidades técnico-administrativas (Coordenações-Gerais de Administração, Gestão de Pessoas, de Infraestrutura dos Campi e de Planejamento Estratégico) em uma única unidade. Dessa forma, para fins deste estudo, as unidades técnico‑cientificas foram: Biomanguinhos - unidade produtora de imunobiológicos; Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) - ensino, pesquisa, serviços, desenvolvimento tecnológico e acadêmico; Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente (IFF) - unidade de assistência, ensino, pesquisa e desenvolvimento tecnológico; Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI) - pesquisa clínica, ensino, assistência em doenças infecciosas; Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS) - ensino, pesquisa e tecnologias de laboratório relativos ao controle da qualidade de insumos, produtos, ambientes e serviços sujeitos à ação da Vigilância Sanitária; e Instituto Oswaldo Cruz (IOC) - ensino, desenvolvimento tecnológico, inovação, serviços de referência e de coleções biológicas.

Realizou-se análise descritiva inicial, buscando a caracterização do perfil dos servidores e daqueles que se afastam do trabalho por motivo de doença, segundo as variáveis disponíveis no estudo. O teste de Kruskal-Wallis foi realizado para analisar a diferença entre as faixas etárias em ambos os sexos. A razão de prevalências foi calculada pela *odds ratio* (OR) bruta, buscando possíveis associações ao desfecho[12].

Para fins estatísticos, considerou-se que todos os servidores tiveram uma jornada de trabalho de 8 horas diárias. Assim, para o cálculo da taxa de absenteísmo, foi utilizada a Equação 1:

$$Abs = \frac{\text{nº dias não trabalhados por motivo de saúde x 8h}}{\text{nº de servidores x nº dias úteis x 8h}} \times 100 \qquad (1)$$

Ao se analisar os afastamentos por CID, fez-se necessária a exclusão de 56 (2,3%) eventos por não apresentarem essa informação.

Todas as operações estatísticas foram realizadas com o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 20.0 for Windows® (SPSS Inc., Chicago, USA). O teste de Kolmogorov-Smirnov não demonstrou distribuição normal dos dados. Realizou-se a estatística descritiva com as frequências absolutas, relativas e mediana. Toda a análise considerou nível de significância de p=0,05 e intervalo de confiança de 95% (IC95%).

Este estudo fez parte do projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição dos autores, sob CAAE nº 65658617.4.0000.5240, com aprovação em 25 de maio de 2017.

## RESULTADOS

Foram incluídos neste estudo 5.465 servidores públicos na FIOCRUZ, havendo predominância do sexo feminino (56,1%). A mediana de idade para todo o grupo foi de 49 anos. A estratificação por sexo mostrou resultados semelhantes, encontrando-se mediana igual a 48 anos para o sexo feminino e 49 anos para o masculino.

Entre esses servidores, foram identificadas 2.476 licenças no período de 2012 a 2016. Destas, 25 (1,0%) tiveram seu início em momento anterior ao ano de 2012 e 40 (1,6%) se prorrogaram até o ano de 2017.

As licenças também foram identificadas por tipo de ocorrência. A vasta maioria das licenças (97,7%) foi para o servidor tratar de sua própria saúde, sem qualquer vinculação do adoecimento com o trabalho realizado. Os outros 2,3% foram caracterizados como tratamento de saúde por acidente de trabalho, ou seja, com nexo causal relacionado ao trabalho confirmado pela perícia. A distribuição por ano de ocorrência do tipo de licença pode ser observada na Tabela 1. As prorrogações de licença, concessão de um novo período de afastamento após avaliação pela perícia, ocorreram em 405 situações e representaram 16,4% do número total de licenças. A mediana dessas prorrogações foi de 2 licenças. Entretanto, ao considerarmos somente o desfecho da aposentadoria por invalidez essa mediana sobe para 5 licenças.

Entre os possíveis desfechos, 96,0% das ocorrências foram atribuídas à alta com respectivo retorno ao trabalho, 2,4% resultaram em aposentadoria por invalidez e 1,6% das licenças se manteve para o ano de 2017.

A estatística descritiva avaliou a idade com que os servidores mais se afastaram. Foi obtida a mediana de 48 anos, com percentis 25 e 75 em 38 e 55 anos, respectivamente.

Tabela 1. Distribuição dos afastamentos, por tipo de licença e ano de ocorrência, unidades da Fundação Oswaldo Cruz no Brasil, 2012–2016 (n=2.476).

| | | | Ano | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | |
| Tipo de Licença | Acidente de trabalho | n | 8 | 7 | 4 | 6 | 32 | 57 |
| | | % | 14 | 12,3 | 7 | 10,5 | 56,1 | 100 |
| | Tratamento de saúde | n | 184 | 539 | 508 | 529 | 659 | 2.419 |
| | | % | 7,6 | 22,3 | 21 | 21,9 | 27,2 | 100 |
| **Total** | | n | 192 | 546 | 512 | 535 | 691 | 2.476 |
| | | % | 7,8 | 22,1 | 20,7 | 21,6 | 27,9 | 100 |

Na estratificação por sexo, 76,0% das licenças foram atribuídas às mulheres e somente 24,0% se referiam ao sexo masculino. A maior distribuição da frequência por faixa etária se concentrou entre 45 e 54 anos (Tabela 2), mantendo-se a mesma faixa etária ao se considerar também o sexo.

Tabela 2. Distribuição dos afastamentos, por faixa etária e sexo, unidades da Fundação Oswaldo Cruz no Brasil, 2012– 2016 (n=2.476).

| Faixa etária | Sexo | | | | Total | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Masculino | | Feminino | | | |
| | n | % | n | % | n | % |
| 18-24 | 4 | 0,2 | 14 | 0,6 | 18 | 0,7 |
| 25-34 | 79 | 3,2 | 244 | 9,8 | 323 | 13,0 |
| 35-44 | 98 | 3,9 | 520 | 21,0 | 618 | 25,0 |
| 45-54 | 232 | 9,4 | 624 | 25,2 | 856 | 34,6 |
| 55-64 | 143 | 5,8 | 425 | 17,2 | 568 | 22,9 |
| ≥ 65 | 38 | 1,5 | 55 | 2,2 | 93 | 3,8 |
| Total | 594 | 24,0 | 1882 | 76,0 | 2.476 | 100,0 |

Foi observada diferença nas frequências de afastamentos por faixa etária no sexo masculino ($p<0,01$), o que não foi encontrado no sexo feminino.

A razão de prevalências com base na variável sexo foi 4,08 (IC95% 3,64–5,58). Quanto à faixa etária, a maior OR foi de 3,27 na faixa etária de 25 a 34 anos, quando comparada à faixa de 35 a 44 anos, que apresentou o maior número absoluto de trabalhadores, conforme encontrado na Tabela 3.

Tabela 3. Distribuição das licenças dos servidores da Fundação Oswaldo Cruz, por sexo, faixa etária, função e unidade, segundo episódios de licença, unidades da Fiocruz no Brasil, 2012–2016 (n=2.476).

| Variável | Ocorrência de Licença | | OR | IC (95%) |
|---|---|---|---|---|
| | Não | Sim | | |
| Sexo | | | | |
| Masculino | 1869 | 576 | | |
| Feminino | 1464 | 1842 | 4,08 | 3,64-4,58 |
| Faixa etária (anos) | | | | |
| 18-24 | 13 | 4 | 0,61 | 0,20-188 |
| 25-34 | 204 | 337 | 3,27 | 2,68-3,99 |
| 35-44 | 1224 | 618 | 1 | |
| 45-54 | 777 | 856 | 2,18 | 1,90-2,50 |
| 55-64 | 1110 | 568 | 1,01 | 0,88-1,17 |
| >65 | 311 | 93 | 0,59 | 0,46-076 |
| Função | | | | |
| Pesquisador | 965 | 115 | 0,16 | 0,14-0,21 |
| Tecnologista | 1179 | 832 | 1 | |
| Analista | 408 | 415 | 1,44 | 1,22-1,70 |
| Técnico | 445 | 901 | 2,86 | 2,48-3,31 |
| Assistente | 278 | 213 | 1,09 | 0,89-1,33 |
| Unidades | | | | |
| Administrativas | 1546 | 304 | 1 | |
| Biomanguinhos | 6 | 208 | 176,3 | 77,58-400,64 |
| ENSP | 431 | 263 | 3,01 | 2,55-3,78 |
| IFF | 115 | 770 | 34,05 | 27,02-42,91 |
| INI | 69 | 251 | 18,8 | 13,80-24,81 |
| INCQS | 82 | 142 | 8,81 | 6,53-11,87 |
| IOC | 443 | 211 | 2,42 | 1,97-2,97 |

As prevalências de licenças ao se considerar a função exercida (Tabela 3) demonstraram que os pesquisadores, quando comparados aos tecnologistas, têm menor chance de se afastar (OR=0,16; IC95% 14–0,21), enquanto a função de técnico foi aquela com maior chance de ocorrência de licença (OR=2,86; IC95% 2,48–3,31).

As prevalências por unidade da fundação demonstraram proporções significativamente maiores de licenças entre os trabalhadores das unidades de produção e hospitalares, destacando-se, neste caso, Biomanguinhos (OR=176,3; IC95% 77,58–400,64) (Tabela 3).

Ao se considerar o tempo de duração da licença por motivo de saúde, observaram-se proporções bastante distintas quanto aos possíveis desfechos. A aposentadoria por invalidez alcançou mediana de 450 dias de afastamento, enquanto a mediana encontrada para todos os desfechos foi de 15 dias (Tabela 4).

Tabela 4. Descrição dos dias de afastamento, por desfechos da licença, unidades da Fundação Oswaldo Cruz no Brasil, 2012–2016 (n=2.476).

| Desfecho | n de licenças | % | Dias de afastamento | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Mediana | n (dias) | % |
| Aposentadoria | 60 | 2,4 | 450 | 119.510 | 77,5 |
| Alta | 2.376 | 96,0 | 15 | 28.294 | 18,3 |
| Manutenção | 40 | 1,6 | 127 | 6.424 | 4,2 |
| Total | 2.476 | 100,0 | 15 | 154.228 | 100,0 |

O impacto das ausências provocado pelas licenças de saúde foi calculado por meio do percentual de absenteísmo por motivo de doença. No período de 2012 a 2016, esse índice foi de 2,9% na FIOCRUZ.

De acordo com a CID-10, as causas mais frequentes de licença foram as desordens musculoesqueléticas (M00-99), com 21,2% dos casos, seguidas pelos transtornos mentais e comportamentais - TMC (F00-99), com 13,1%, e pelas causas externas (S00-99), com 11,3%.

As dorsopatias (M40-54) foram responsáveis por 48,8% dos afastamentos de ordem musculoesquelética, seguidas por 27,6% relacionados aos transtornos dos tecidos moles (M60-79) e 20,4% resultantes das artropatias (M00-25).

Quanto aos TMC, 55,6% desses afastamentos ocorreram devido aos transtornos de humor (F30-39), sendo os episódios depressivos responsáveis por 45,3% do total de afastamentos deste capítulo da CID. Os transtornos neuróticos e relacionados ao estresse e somatoformes (F40-48) representaram 34,8% desse total.

Os traumas em tornozelo e pé (S90-99), em punho e mão (S60-69) e em joelho e perna (S80-89) responderam por 38,8, 19,4 e 18,2%, respectivamente, ao considerar o capítulo das causas externas.

Entre as principais causas, os TMC exibiram a maior mediana (30) de dias totais de afastamento, seguida dos motivos de causas externas (21) e das desordens musculoesqueléticas (15).

## DISCUSSÃO

Este estudo, ao utilizar somente as licenças concedidas após a realização de perícia médica, descartou aquelas que pudessem ter sua concessão de forma administrativa: afastamentos de até cinco dias com a informação do CID no documento. Dessa forma, essa opção

pode ser caracterizada como uma limitação do estudo, por subestimar o número total de licenças e reduzir o número total de dias de afastamento na instituição. Como possível consequência foi considerado um menor percentual de absenteísmo por motivo de doença.

Ademais, a existência de poucos estudos sobre saúde e trabalho dos servidores públicos federais e o fato de terem sido realizados em ambientes e períodos variados dificultam a comparação de resultados, dada a existência de objetivos, tratamento estatístico e populações bastante diversos. Outra questão é a concentração de estudos em classes específicas como a da Enfermagem, em detrimento de outras ocupações[5].

Na FIOCRUZ houve predominância de trabalhadores do sexo feminino (56,1%), tal como em algumas outras instituições das três esferas do setor público, como entre os servidores municipais de Goiânia (52,0%), em banco estatal no Estado de Minas Gerais (60,4%) e entre os servidores do Estado de Santa Catarina (75,9%). Essa realidade é contrária àquela da inserção da mulher no mercado de trabalho brasileiro e mundial. No Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio (PNAD Contínua), a parcela de ocupação representada pelas mulheres foi de 42,8% no ano de 2017[13-17].

Esse resultado pode ser decorrente da forma de seleção para o cargo público, que ocorre por meio de concurso público, que não valoriza ou pontua a categoria de gênero, equalizando as possibilidades entre sexos. Outro ponto a ser considerado é a valorização do conhecimento técnico, da formação acadêmica, além de habilidades e competências específicas para o cargo a ser ocupado. Assim, de forma genérica, é possível que as mulheres demonstrem possibilidades elevadas, pois têm mais tempo de estudo que os homens. Essa diferença, então, é materializada pela elevada taxa de ocupação das mulheres no setor público[13].

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a desigualdade de gênero é uma realidade mundial: há registro de 26,0% a mais de participação masculina no mercado de trabalho. Essa desigualdade ocorre principalmente no norte da África e nos estados árabes, onde existem políticas públicas e direitos sociais diferentes para os sexos. Outras possibilidades em relação ao gênero são a segregação de setores, as ocupações e as relações de trabalho, como o predomínio das mulheres em empregos relacionados à educação fundamental ou em atividades que demandam relações de atenção e cuidado. Exemplo desse cenário é a predominância de 93,6% de mulheres na rede básica de saúde de Campinas [14,18].

A faixa de 40 a 50 anos de idade foi predominante vários estudos, tal como a mediana de idade de 49 anos encontrada neste estudo. Uma média igual a 49 anos foi encontrada entre bancários em Minas Gerais, enquanto servidores municipais de Goiânia apresentaram idades

entre 41 e 50 anos, e a média de 45 anos foi alcançada nos trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo[4,16,17].

As licenças por acidente de trabalho representaram 2,3% do total de afastamentos, índice bastante inferior aos 7,3% identificados em estudo sobre os benefícios por acidente concedidos pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) na Bahia. Ao analisar os auxílios concedidos pelo INSS, no ano de 2016, em todo o país, foi evidenciado o índice de 9,3%. Cabe ressaltar a dimensão do universo e a diversidade de atividades seguradas pelo INSS, item que deve ser examinado de forma cautelosa, fundamentado na descrição de atividades realizadas e nos riscos intrínsecos a essas atividades[19,20].

A distribuição das licenças por sexo revelou que o sexo feminino apresenta prevalência quatro vezes maior de afastamento para tratamento de saúde (OR=4,08). Essa relação foi confirmada entre trabalhadores de Enfermagem em três hospitais públicos no município do Rio de janeiro, que demonstrou prevalência de 1,8, tal como no serviço público municipal de Goiânia, cuja variação ficou entre 1,3 e 5,1. Tais dados podem ser explicados por questões sociais, fatores sociais, psicológicos e biológicos que levam a maior busca por assistência à saúde pelo gênero feminino. O sexo feminino procura serviços de saúde 1,9 vez mais que o masculino[21]. Além disso, as mulheres geralmente têm maior jornada de trabalho, incluindo atividades nos ambientes laboral e familiar, além de todas as questões relacionadas ao binômio trabalho-família[17,22].

Houve predomínio de licenças na faixa etária mais produtiva, entre 25 e 54 anos, entretanto o presente estudo revelou maior prevalência na faixa de 25 a 34 anos, divergindo de outros estudos que mostraram maior concentração de afastamentos entre 45 e 54 anos[15,17,23].

Os resultados demonstraram que trabalhadores que ocupam cargos técnicos apresentaram maiores taxas de afastamento. As unidades nas quais se concentram as atividades de produção, com características fabris, e as unidades hospitalares se destacam pela maior proporção de licenças, se comparadas às unidades administrativas e de ensino[4,15,24].

A quantidade de dias de licença é uma variável importante no aspecto de saúde e da gestão das organizações, incluindo, aqui, as instituições previdenciárias. Assim, a mediana de 15 dias de afastamento encontrada neste estudo foi compatível com estudo com servidores municipais de Goiânia que encontrou medianas que variaram entre 7 e 30 dias[17].

A estratificação por desfecho revelou mediana de dias de afastamento 30 vezes maior para aposentadoria por invalidez, sugerindo a importância do conhecimento sobre o perfil

do absenteísmo, a fim de que possam ser instituídas ações preventivas e de promoção à saúde entre os trabalhadores.

As maiores medianas de dias de afastamento por capítulo de CID foram por acidentes (120), neoplasias (60) e doenças mentais e comportamentais com (30). Por outro lado, um estudo com servidores de Goiânia encontrou maiores medianas (30) para os transtornos mentais, neoplasias, doenças metabólicas e neurológicas[17].

O índice de absenteísmo encontrado para o período estudado foi de 2,9%, semelhante ao encontrado entre os servidores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (2,8%), em hospital de urgência/emergência de Belo Horizonte (2,1%), na rede básica de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) de Campinas (2,9%) e entre os servidores da Prefeitura de Porto Alegre (3,9%)[4,18,25,26].

As causas mais frequentes de licenças por capítulo da CID-10 foram semelhantes, mas podem alternar dependendo do estudo analisado. As desordens musculoesqueléticas (23,0%), seguidas dos TMC (15,4%), foram as doenças que mais afastaram em um banco estatal[16]. Já os TMC foram a principal causa de afastamento (39,6%) na Prefeitura de Porto Alegre[26]. O absenteísmo em uma universidade pública federal teve como predomínio as causas externas (29,7%) e os TMC (29,5%), seguidos das doenças osteomusculares (11,6%)[27]. Padrão semelhante foi encontrado em outros estudos, com alternância dos TMC e das doenças osteomusculares entre as principais causas de afastamento[15,17,23,28-30].

## CONCLUSÃO

O absenteísmo por doença resulta da interação de diversos fatores. Os resultados apontam maior frequência para tratamento de saúde entre as mulheres. Observou-se, ainda, menor índice de afastamento em cargos que exigem maior escolaridade, além de sugerir a existência de maior vulnerabilidade em trabalhadores que desempenham atividades operacionais e assistenciais.

As doenças crônicas não transmissíveis foram identificadas como as principais causas de absenteísmo, com destaque para os transtornos depressivos.

Conhecer o perfil de morbidade e os aspectos que resultam nos afastamentos permite o planejamento de ações em promoção de ambientes saudáveis, a prevenção de doenças e agravos, a identificação e o tratamento oportunos. Tais medidas relacionam-se à valorização da saúde e da funcionalidade dos servidores, mostrando-se capazes de reduzir os casos de

aposentadorias precoces. Deve-se ter especial atenção para a proposição de intervenções quando identificadas licenças longas e com número elevado de prorrogações.

Considera-se necessária a utilização de uma maior gama de indicadores relacionados ao processo de trabalho, optando-se por modelos de estudo que levem em conta questões como o presenteísmo, as relações de trabalho em ambientes de intensa competitividade, a submissão a medidas de produtividade impostas mediante a flexibilização de processos de trabalho, a rigidez da exigência do cumprimento de metas e a imposição de padrões ao exercício de certas funções. O fato de vivermos em uma sociedade altamente conectada, facilitando o controle do trabalhador não só durante a jornada de trabalho, mas também em períodos de folga e férias deve ser um fator a ser considerado.

A Administração Pública precisa avançar em sua abordagem das relações entre trabalho e a saúde ou a doença dos trabalhadores, considerando, além da preocupação relacionada a custos, uma perspectiva de funcionalidade e efetividade associada ao bem-estar. Essa atitude parece demandar um novo olhar aos trabalhadores, à sua relação com a função exercida, ao ambiente de trabalho e aos sistemas de atenção à saúde.

## CONFLITO DE INTERESSES

Declara-se, como possível conflito de interesses, o vínculo empregatício com a instituição objeto do estudo e que foram cumpridos todos os princípios éticos da pesquisa que envolve seres humanos.

## REFERÊNCIAS


1. Peres RS, Hashimoto F, Casadore MM, Braz MV. Sujeito contemporâneo, saúde e trabalho: múltiplos olhares. São Carlos: EdUFSCar; 2017. 429 p.
2. Santa-Marinha MS, Teixeira LR, Maciel EMG de S, Moreira M de FR. Avaliação das licenças para tratamento de saúde após implantação do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor na FIOCRUZ: quadriênio 2012-2015. Rev Bras Med Trab. 2018;16(1):67-70. http://doi.org/10.5327/Z1679443520180080
3. Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C, Betiol MIS. Centro de Estudos e Pesquisa do Trabalho. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana a análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. 7ª ed. São Paulo: Atlas; 1994.
4. Sala A, Carro ARL, Correa AN, Seixas PHD. Licenças médicas entre trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo no ano de 2004. Cad Saúde Pública. 2009;25(10):2168-78.
5. Santi DB, Barbieri AR, Cheade M de FM. Absenteísmo-doença no serviço público brasileiro: uma revisão integrativa da literatura. Rev Bras Med Trab. 2018;16(1):71-81. http://doi.org/10.5327/Z1679443520180084
6. Primo GMG, Pinheiro TMM, Sakurai E. Absenteísmo por doença em trabalhadores de uma organização hospitalar pública e universitária. Rev Med Minas Gerais. 2010;20(2 Supl. 2):S47-58.
7. Sancinetti TR. Absenteísmo por doença na equipe de enfermagem: taxa diagnóstico médico e perfil dos profissionais [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009.
8. Lacaz FA de C. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. Cad Saúde Pública. 2007;23(4):757-66. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000400003
9. Brasil. Lei nº 8.112, de 12 de novembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais [Internet]. Brasil; 1990 [acessado em 05 out. 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8112cons.htm
10. Brasil. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências [Internet]. Brasil; 1991 [acessado em 05 out. 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8213cons.htm

11. Brasil. Manual de perícia oficial em saúde do servidor público federal. 3ª ed. Brasília: Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, Secretaria de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho no Serviço Público; 2017. 147 p.
12. Coutinho LMS, Scazufca M, Menezes PR. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. Ver Saúde Pública. 2008;42(6):992-8. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000600003
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua [Internet]. Brasil: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2017 [acessado em 5 out.2017]. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/trabalho/17270-pnad-continua.html?=&t=downloads
14. Internacional Labour Office. World Employment and Social Outlook: Trends 2018. Genebre: ILO; 2018.
15. Cunha JB, Blank VLG, Boing AF. Tendência temporal de afastamento do trabalho em servidores públicos (1995-2005). Rev Bras Epidemiol.2009;12(2):226-36. http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2009000200012
16. Silva LS, Pinheiro TMM, Sakurai E. Perfil do absenteísmo em um banco estatal em Minas Gerais: análise no período de 1998 a 2003. Ciênc Saúde Coletiva. 2008;13(Supl. 2):2049-58. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000900009
17. Leão AL de M, Barbosa-Branco A, Rassi Neto E, Ribeiro CAN,Turchi MD. Absenteísmo-doença no serviço público municipal de Goiânia. Rev Bras Epidemiol. 2015;18(1):262-77. http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500010020
18. Gehring Junior G, Corrêa Filho HR, Vieira Neto JD, Ferreira NA, Vieira SVR. Absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem da rede básica do SUS Campinas. Rev Bras Epidemiol. 2007;10(3):401-9. http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2007000300011
19. Brasil. Ministério da Fazenda. Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social. Anuário Estatístico da Previdência Social 2016. Brasil: Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social; 2016.
20. Santana VS, Araújo-Filho JB, Albuquerque-Oliveira PR, Barbosa-Branco A. Acidentes de trabalho: custos previdenciários e dias de trabalho perdidos. Rev Saúde Pública. 2006;40(6):1004-12. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-91020060007000007

21. Levorato CD, Mello LM de, Silva AS da, Nunes AA. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. Ciênc Saúde Coletiva. 2014;19(4):1263-74. http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014194.01242013
22. Ferreira RC, Griep RH, Fonseca M de JM da, Rotenberg L. Abordagem multifatorial do absenteísmo por doença em trabalhadores de enfermagem. Rev Saúde Pública. 2012;46(2):259-68. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000018
23. Marques D de O, Pereira MS, Souza ACS e, Vila V da SC, Almeida CCO de F, Oliveira EC de. O absenteísmo - doença da equipe de enfermagem de um hospital universitário. Rev Bras Enferm. 2015;68(5):876-82. http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680516i
24. Andrade TB de, Souza M das GC de, Simões M da PC, Andrade FB de. Prevalência de absenteísmo entre trabalhadores do serviço público. Sci Medica. 2008;18(4):166-71.
25. Alves M, Godoy SCB, Santana DM. Motivos de licenças médicas em um hospital de urgência-emergência. Rev Bras Enferm. 2006;59(2):195-200. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000200014
26. Santos JP dos, Mattos AP de. Absentismo-doença na prefeitura municipal de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Rev Bras Saúde Ocupacional. 2010;35(121):148-56. http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572010000100016
27. Marques SVD, Martins G de B, Cruz Sobrinho O. Saúde, trabalho e subjetividade: absenteísmo-doença de trabalhadores em uma universidade pública. Cad EBAPE.BR. 2011;9(N. Esp. 1):668-80. http://dx.doi.org/10.1590/S1679-39512011000600012
28. Silva Junior JS da, Fischer FM. Adoecimento mental incapacitante: benefícios previdenciários no Brasil entre 2008-2011. Rev Saúde Pública. 2014;48(1):186-90. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004802
29. Silva-Junior JS, Fischer FM. Afastamento do trabalho por transtornos mentais e estressores psicossociais ocupacionais. Rev Bras Epidemiol. 2015;18(4):735-44. http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500040005
30. Silva-Junior JS da, Fischer FM. Long-term sickness absence due to mental disorders is associated with individual features and psychosocial work conditions. PloS One. 2014;9(12):e115885. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0115885

## 9. ARTIGO 5: PERFIL DAS APOSENTADORIAS POR INVALIDEZ NA ENTRE OS SERVIDORES PÚBLICOS FEDERAIS DA FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ ENTRE OS ANOS DE 2012 A 2016

**RESUMO: Introdução:** Conhecer o perfil do das aposentadorias por invalidez permite a compreensão do adoecimento dos trabalhadores em um cenário de transição demográfica, indivíduos idosos ativos e preocupações com a sustentabilidade dos sistemas previdenciários. **Objetivo:** Descrever o perfil epidemiológico das aposentadorias por invalidez entre os servidores da Fundação Oswaldo Cruz, no período de 2012 e 2016. **Método:** Realizou-se um estudo transversal, utilizando-se como variáveis idade, sexo, tempo de trabalho total, tempo de trabalho na FIOCRUZ, cargo exercido e motivo da aposentadoria segundo capítulo da CID-10. Nas análises, um valor de p=0,05 e o intervalo de confiança de 95% (IC95%) foram sempre considerados. **Resultados:** A incidência acumulada de aposentadoria por invalidez foi de 2,3%. Essas representaram cerca de 9,5 anos a menos no tempo total de trabalho. A maior chance de aposentadoria por invalidez ocorreu entre os servidores com cargos de menor escolaridade (OR=7,87). Os transtornos mentais e comportamentais foram os que mais motivaram o desfecho, representando 38,71% dos casos. **Conclusões:** As doenças crônicas não transmissíveis são as principais causas de aposentadoria por invalidez. Sugere-se reavaliar o dispositivo legal de aposentadoria compulsória aos 24 meses de afastamento. Faz-se necessária uma abordagem interdisciplinar de vigilância em saúde do trabalhador para conhecimento da realidade nos ambientes e o impacto dos processos de trabalho.

Palavras-chave: aposentadoria; invalidez; previdência social; setor público.

**ABSTRACT:** Background: To know the profile of disability pensions allows the understanding of the sickness of workers in a scenario of demographic transition, active elderly individuals and concerns about the sustainability of social security systems. **Objective:** To describe the epidemiological profile of disability pensions among the employees of the Oswaldo Cruz Foundation, in the period of 2012 and 2016. **Method:** A cross-sectional study was carried out, using variables such as age, sex, total working time, working time at FIOCRUZ, position held and reason for retirement according to the ICD-10 chapter. The value of p = 0.05 and the 95% confidence interval (95% CI) were always considered in the analyses. **Results:** The cumulative incidence of disability retirement was 2.3%. These accounted for about 9.5 years less in total working time. The highest chance of retirement due to disability occurred among employees with positions of lower educational level (OR = 7.87). Mental and behavioral disorders were the ones that motivated the outcome, representing 38.71% of the cases. **Conclusions:** Non-communicable chronic diseases are the main causes of disability retirement. We suggest to re-evaluate the legal provision for compulsory retirement after 24 months of sick leave. An interdisciplinary approach to worker health surveillance is required for knowledge of the reality in environments and the impact of work processes.

Keywords: retirement; disability: social security; public sector.

## INTRODUÇÃO

Vivemos em um mundo globalizado, cujas mudanças nos últimos anos podem ser traduzidas, dentre outras, por incorporação de novas tecnologias de informação, automação, exigência de estar permanentemente conectado, flexibilização das formas de contrato de trabalho, novas atribuições para cargos e funções específicas, e novas formas de organização e divisão do trabalho. É nesse ambiente que se apresentam as transformações sociais que impactam a vida de todos nós[1,2].

Discute-se o trabalho como forma originária da atividade humana, bem como de transformação do homem em um ser social[2]. Logo, a condição humana seria definida com base na centralidade do trabalho, enquanto o seu bem-estar pela relação entre trabalho, saúde e ambiente[3].

Entretanto, é nesse trabalho que acontece o adoecimento do trabalhador em que estão os riscos clássicos tratados pela higiene ocupacional e, também, os riscos do processo de trabalho tratados pela saúde do trabalhador. Dessa forma, inclui-se uma perspectiva histórico-social que permite considerar a subjetividade do trabalhador e a valorização dos riscos psicossociais, havendo, como consequência, a flexibilização dos limites entre pessoal e profissional[4,5].

Assim, o absenteísmo no trabalho por motivo de saúde se torna uma possibilidade ao ocorrer uma incapacidade do trabalhador em desempenhar suas atividades laborais. A incapacidade caracterizada como permanente recebe a indicação da aposentadoria por invalidez. A instituição da aposentadoria é reconhecida como um benefício social, que surgiu com o advento das sociedades modernas e industrializadas do século XIX, tornando-se um direito aos indivíduos após anos de trabalho e aos incapacitados para trabalhar. Portanto, cumpre seu objetivo de manter esses trabalhadores como sujeitos sociais participantes do capital[6,7].

Segundo a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, a incapacidade é *"uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida"* [8].

A partir dessa definição, é possível perceber certo distanciamento das políticas públicas integradoras da realidade do processo de avaliação da capacidade laborativa. Apesar de se discutir a deficiência e incapacidade com base num modelo interdisciplinar e

multifatorial, todo processo de avaliação pericial que sugere a aposentadoria, se baseia na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID. Portanto, existe a valorização do modelo biomédico, com classificação das condições de saúde a partir de estruturas, que definem doenças, perturbações, lesões e outros, em direção da morbidade e da mortalidade[9].

Por outro lado, para contemplar a ampliação do conceito de incapacidade com base no modelo biopsicossocial, faz-se necessário um instrumento que possa avaliar a funcionalidade do indivíduo através da interação dinâmica entre os problemas de saúde e fatores contextuais, pessoais e ambientais, indicar os aspectos entre o indivíduo e seus fatores contextuais. Uma possibilidade para tal propósito é o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF[10].

Sob uma perspectiva histórica, somente a partir da promulgação da Lei 8.112/90 os servidores públicos federais tiveram institucionalizada a realização dos exames periódicos de saúde. Em 2009, isso se tornou realidade com a criação do Subsistema de Atenção à Saúde do Servidor - SIASS, a partir da Política de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal. Até então, existiam iniciativas isoladas e critérios diversos para estruturação dos serviços de saúde no setor público e para realização das perícias médicas[1,11,12].

Os servidores públicos federais civis são regidos por um regime próprio de previdência social, que tem como base a Lei 8.112/90, e é conhecido como Regime Jurídico Único - RJU. Nessa lei, fundamenta-se a licença para tratamento de saúde e a aposentadoria por invalidez[1,11,12].

A avaliação da incapacidade laborativa é realizada por perícia médica, com emissão de laudo que conste inaptidão para o trabalho. Sendo a incapacidade julgada permanente, a qualquer momento, sugere-se a aposentadoria por invalidez. Ao atingir 24 meses de licença para tratamento da própria saúde, a aposentadoria por invalidez é indicada pela perícia de forma compulsória, por motivo de força legal[11–13].

A transição demográfica, que tem como resultado o envelhecimento da população e a redução da taxa de fecundidade, gera preocupações nos sistemas previdenciários e nas formas de mantê-los sustentáveis. O aumento da esperança de vida das populações, resultado de melhores condições de saúde pelo advento da tecnologia e da informação, resulta em indivíduos idosos e ativos[14,15].

Assim, estudar as aposentadorias por invalidez é buscar compreender de que forma se estrutura o processo de vigilância em saúde dos servidores com relação ao modelo de saúde empregado, quanto ao cumprimento das políticas de saúde vigentes, a avaliação do

processo saúde-doença e às possibilidades dadas ao trabalhador para se reabilitar.

O objetivo desse estudo é descrever o perfil epidemiológico das aposentadorias por invalidez entre os servidores públicos federais na Fundação Oswaldo Cruz, no período de 2012 a 2016.

## MÉTODO

Foi realizado um estudo observacional, descritivo, transversal, utilizando-se dados secundários da Coordenação Geral de Gestão de Pessoas da Fundação Oswaldo Cruz (COGEPE/FIOCRUZ). O período de avaliação foi de janeiro de 2012 a dezembro de 2016. Os dados foram coletados a partir de informações do Setor de Aposentados e do Núcleo de Perícia e Avaliação Funcional em Saúde, ambos da COGEPE/FIOCRUZ.

A Fundação Oswaldo Cruz é dotada de personalidade jurídica de direito público, vinculada ao Ministério da Saúde do Brasil, que tem por finalidade desenvolver atividades nos campos da saúde, da educação e do desenvolvimento científico e tecnológico voltado ao fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde - SUS e à melhoria da qualidade de vida da população brasileira[16].

Para se conhecer o perfil das aposentadorias por invalidez, foi estabelecida a taxa de aposentadoria por invalidez na FIOCRUZ. Como variáveis do estudou, utilizaram-se tipo de aposentadoria (voluntária, invalidez, compulsória), idade, sexo, tempo de trabalho total, tempo de trabalho na FIOCRUZ, cargo exercido e motivo da aposentadoria segundo capítulo da CID-10. A razão de prevalências foi calculada pela *odds ratio* (OR) bruta, buscando possíveis associações ao desfecho[17].

Devido à existência de carreiras anteriores, simultaneamente à atual carreira, utilizou-se a equivalência de cargos para que fosse possível chegar aos cinco cargos da carreira atual que são: pesquisador em saúde pública, tecnologista em saúde pública, analista de gestão em saúde, técnico em saúde pública e assistente técnico de gestão em saúde.

As operações estatísticas foram realizadas com o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 20.0, for Windows® (SPSS Inc., Chicago, USA). Não houve distribuição normal dos dados pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Foi realizada a estatística descritiva dos dados com as frequências absolutas, relativas e medianas. Toda análise utilizou nível de significância de $p \leq 0,05$ e intervalo de confiança de 95% (IC95%).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição dos autores, sob CAAE nº 65658617.4.0000.5240, com aprovação em 25 de maio de 2017.

## RESULTADOS

No período de 2012 a 2016, ocorreram 448 aposentadorias, dentre 5.465 servidores. Destas, 384 (85,7%) foram aposentadorias voluntárias, 62 (13,8%) por invalidez e 2 (4%) compulsórias. Devido à alteração da idade da aposentadoria compulsória, de 70 para 75 anos, provocada pela Lei nº 152, de 03 de dezembro de 2015, esse modelo de aposentadoria foi excluído, totalizando assim, 446 aposentadorias; 86,1% voluntárias e 13,9% por invalidez.

A incidência de aposentadoria, por 10.000 servidores, na FIOCRUZ por ano de ocorrência foram: 189 (2012), 209 (2013), 137 (2014), 140 (2015) e 167 (2016). A incidência acumulada de aposentadorias foi de 8,2% para o período 2012-2016. Ao se falar das aposentadorias por invalidez, as taxas de incidência foram 26, 40, 22, 4 e 26, para os anos de 2012, 2013, 2014, 2015 e 2016, respectivamente. Por outro lado, a incidência acumulada das aposentadorias por invalidez no mesmo período ficou em 2,3%.

A Tabela 1 mostra que a ocorrência de aposentadorias por invalidez foi menor do que as voluntárias ($p<0,05$) em todos os anos estudados.

Tabela 1: Distribuição das aposentadorias por tipo e ano, unidades da FIOCRUZ no Brasil, 2012-2016 (n=446)

| Tipo de aposentadoria | | Ano | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | |
| Voluntária | n | 83 | 90 | 61 | 74 | 76 | 384 |
| | % | 86,5 | 81,1 | 83,6 | 97,4 | 84,4 | 100,0 |
| Invalidez | n | 13 | 21 | 12 | 2 | 14 | 62 |
| | % | 13,5 | 18,9 | 16,4 | 2,6 | 15,6 | 100,0 |
| Total | n | 96 | 111 | 73 | 76 | 90 | 446 |
| | % | 21,5 | 24,9 | 16,4 | 17,0 | 20,2 | 100,0 |

A mediana de idade da aposentadoria na FIOCRUZ foi 58 anos, com 55 e 63 anos para os percentis 25 e 75, respectivamente. A distribuição das medianas de idade, sexo, tipo de aposentadoria e tempo de trabalho estão apresentadas na Tabela 2.

De acordo com a contagem dos anos trabalhados no momento da aposentadoria, observou-se que os aposentados por invalidez apresentaram tempo de trabalho inferior àqueles que se aposentaram voluntariamente ($p<0,01$), sendo encontrada uma diferença entre as médias em torno 9 anos ao se considerar o tempo total de trabalho.

Tabela 2: Descrição das aposentadorias por tipo, sexo, mediana de idade e de tempo trabalhado, unidades da Fundação Oswaldo Cruz, 2012-2016 (n= 446)

| Tipo aposentadoria | Sexo | N (%) | Mediana de idade na aposentadoria (anos) | Mediana do tempo de trabalho (anos) | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Somente na FIOCRUZ | Tempo total informado |
| Voluntaria | Masculino | 144 (37,5) | 61 | 29 | 40 |
| | Feminino | 240 (62,5) | 57,5 | 27 | 35 |
| | Total | 384 | 59 | 28 | 36 |
| Invalidez | Masculino | 30 (48,4) | 53 | 23 | 29 |
| | Feminino | 32 (51,6) | 50 | 24 | 26 |
| | Total | 62 | 50,5 | 24 | 27 |
| Total | Masculino | 173 (39,0) | 60 | | |
| | Feminino | 272 (61,0) | 57 | 27 | 35 |
| | Total | 446 | 58 | | |

O cargo de técnico em saúde pública representou 53,2% das aposentadorias por invalidez, assistente técnico 21,0%, seguido de tecnologista com 11,3%, analista de gestão 9,7% e pesquisador 4,8%. A maior ocorrência de aposentadoria por invalidez observada foi entre os servidores técnicos e assistentes técnicos (p<0,01).

A razão das prevalências foi realizada a partir das variáveis demonstradas na Tabela 3. Foi observada maior chance de aposentadoria por invalidez nos cargos de menor escolaridade, sendo o técnico em saúde pública (OR=6,98; IC95% 3,08-15,83) e o assistente técnico de gestão em saúde (OR=7,87; IC95% 3,12-19,83).

Tabela 3: Distribuição da aposentadoria por invalidez na FIOCRUZ, por sexo e cargo, unidades da FIOCRUZ no Brasil, 2012-2016 (n=5.465)

| Variável | Aposentadoria por invalidez | | OR | IC95% |
|---|---|---|---|---|
| | Não (%) | Sim(%) | | |
| Sexo | | | | |
| Masculino | 2370 (98,75) | 30 (1,25) | | |
| Feminino | 3033 (98,96) | 32 (1,04) | 0,83 | 0,50-1,38 |
| Cargo | | | | |
| Pesquisador | 1047 (99,71) | 3 (0,29) | 0,76 | 0,20-2,96 |
| Tecnologista | 1864 (99,63) | 7 (0,37) | | |
| Analista | 793 (99,25) | 6 (0,75) | 2,01 | 0,97-6,01 |
| Técnico | 1259 (97,45) | 33 (2,55) | 6,98 | 3,08-15-83 |
| Assistente | 440 (97,13) | 13 (2,87) | 7,87 | 3,12-19-83 |

De acordo com a CID-10, as doenças que mais motivaram as aposentadorias por invalidez foram os transtornos mentais e comportamentais, representando a primeira causa com 38,71% dos casos, seguidos das doenças do sistema osteomuscular com 20,97% e as neoplasias e doenças do aparelho circulatório, que representaram 12,90% cada.

Dentre os transtornos mentais e comportamentais, os transtornos de humor foram responsáveis por 70,8% dos casos. A prevalência dos transtornos depressivos (CID-10 F32-33) foi de 50%, seguido pelo transtorno afetivo bipolar (F31) com 16,7%, transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa com 12,5%, transtornos psicóticos com 8,4% e transtornos neuróticos e somatoformes com 8,3%.

## DISCUSSÃO

O serviço público é o tipo de trabalho que comporta a prestação de serviço (produto imaterial e intangível), bem como a produção de insumos com características próprias. Dessa forma, a análise do processo de trabalho não está fundamentada numa relação de compra e venda geradora de lucro, mas numa relação social mediada por políticas públicas e valores que se expressam em formas peculiares de organização e inserção no mundo do trabalho[18,19].

Nos últimos anos, essa força de trabalho, servidor público, tem sido marcada pelo estereótipo de ineficiência e um modelo de gestão altamente hierarquizado, enrijecido e burocratizado. Nesse ambiente, existem evidências de sofrimento mental dos servidores, possivelmente oriundo de um processo de desprazer, depressão e adoecimento, porém objeto esse ainda pouco estudado[20,21]. Assim, nota-se que fatores sociais e organizacionais no trabalho contribuem para aposentadorias por invalidez[22].

A comparação das taxas de aposentadoria e incidência acumulada não foi possível. A maior parte das pesquisas forneceu seus resultados em índices absolutos e/ou relativos. Entretanto, um estudo realizado com os servidores da Universidade Federal de Minas Gerais encontrou uma taxa de incidência média de 1,69/1000 trabalhadores/ano (1966-1999, n=355), variando de 0,12 a 4,50/1000 [23]; faixa próxima a de 0,4 - 4,0/1000, após conversão, encontrada neste estudo.

Os transtornos mentais e comportamentais foram a principal causa das aposentadorias por invalidez. Estudos realizados dentre os servidores da universidade pública de Londrina[24], com trabalhadores aposentados da cidade de Kuopio e arredores da Finlândia oriental (16,9%)[25], com trabalhadores da área de saúde de Londrina (45%)[26], entre os aposentados da Universidade Federal de Minas Gerais (11%)[23] e servidores de Uberlândia (22,6%)[27], bem como entre diretores de escola da Bavária, Alemanha (45%) também identificaram esses transtornos como principais causas de aposentadoria por invalidez[28].

Cabe ressaltar a existência de poucos estudos na temática “serviço público federal”

e “aposentadoria por invalidez” e, quando presentes, esses utilizaram diferentes metodologias e populações, resultando em um baixo grau de comparabilidade.

Um estudo sobre saúde mental e trabalho, realizado na Universidade Federal do Rio Grande do Norte, também apresentou os transtornos de humor como o principal motivo de aposentadoria dentre os transtornos mentais e comportamentais. Nesse, 61% dos casos foram por transtornos de humor, sendo 40% por estados depressivos, 21% maníacos, 19% transtornos psicóticos e 14% bipolar[29].

Estes resultados confirmam a previsão da Organização Mundial da Saúde de que, até 2020, a depressão será a responsável pelo maior peso na carga de doenças - anos de vida, ajustados para incapacidade[30].

De forma geral, encontra-se, não necessariamente nessa ordem, que os transtornos mentais e comportamentais, as doenças osteomusculares, as neoplasias e as doenças do aparelho circulatório como principais motivos da aposentadoria por invalidez[27,31].

Essa representação de morbidade demonstra o impacto da transição demográfica na população trabalhadora. Essas doenças, tal como outras doenças crônicas não transmissíveis, atingem a capacidade produtiva e, consequentemente, provocam impactos na seguridade social. Devido às suas características, é importante ressaltar que a intervenção e a medida de efetividade sobre essas doenças tendem a ter um período longo, sendo necessária a implementação e manutenção da vigência de políticas de saúde e proteção, que suportem as transições demográfica e epidemiológica, sem questionamento em relação a sua própria eficiência[32].

De forma adicional, a situação é agravada pela existência de uma grande parcela vulnerável da população, sem capacitação profissional, com níveis consideráveis de desemprego, além da instabilidade econômica do país. Faz-se assim, necessário pensar, de forma responsável, estratégias de equilíbrio para a seguridade social, sem culpabilizar classes e/ou categorias de trabalhadores[33].

Não se identificou diferença entre as medianas de idade para aposentadoria por sexo ou tipo da aposentadoria, tal como em estudo na Universidade Federal de Minas Gerais[23].

Por outro lado, uma diferença entre as medianas foi observada ao se comparar as aposentadorias por invalidez e voluntária assim como entre os sexos. Assim, verificou-se que a aposentadoria por invalidez representa cerca de 9 anos de trabalho a menos.

A mediana de idade na aposentadoria por invalidez foi de 50,5 anos, enquanto a mediana do tempo total de trabalho foi de 35 anos. Estudo com os trabalhadores da saúde de um hospital universitário de Londrina apresentou média de idade igual a 48,3 ± 6,26 anos.

Igualmente, a média para o tempo de trabalho até a aposentadoria por invalidez ficou em 17,06 ± 6,26 anos[26].

Entretanto, não foi possível identificar se o tempo de serviço fora cumprido exclusivamente no serviço público, em que esfera deste ou quanto tempo no setor privado. No caso da aposentadoria por invalidez ser indicada pela perícia médica e havendo atendimento aos requisitos para aposentadoria voluntária, é direito do servidor optar pela regra que seja mais vantajosa[11].

Trabalhadores com menor escolaridade foram os que mais se aposentaram também em pesquisas na área de saúde de Londrina (86,4%) e na Finlândia (OR 2,44; IC95% 1,65-3,63). Pressupõe-se que menor número de trabalhadores com escolaridade mais elevada se aposente, devido à maior possibilidade de realizar suas atividades em áreas e/ou ambientes afins, por inúmeras possibilidades para seu desempenho[26,34].

Essa hipótese nos faz pensar em um real programa de reabilitação profissional, que é denominado readaptação funcional no serviço público federal. Porém, não se encontram dados sobre a efetivação e acompanhamento desse processo no setor. A readaptação pode ser utilizada como ferramenta para avaliar a potencialidade e funcionalidade do servidor, elevando a possibilidade de seu resgate laborativo, evitando-se aposentadoria precoce e prevenível.

Estes dados podem significar que o serviço público funciona como um elemento protetor ao trabalhador, principalmente àquele que apresenta adoecimento mental. Uma vez que, no decorrer desses transtornos, o servidor não é discriminado e utiliza o trabalho como mecanismo de proteção[18].

Dessa forma, é possível supor que, em caso de determinado adoecimento no serviço privado por período prolongado, e frente a uma política que adota o trabalhador como descartável, esse será rápido e facilmente substituído, sendo duvidosa a garantia de seus direitos trabalhistas.

## CONCLUSÃO

O estudo demonstrou que as doenças crônicas não transmissíveis são as principais causas de aposentadoria por invalidez, dentre estas os transtornos mentais e comportamentais em primeiro lugar. A maior chance das aposentadorias por invalidez está entre os cargos que exigem menor escolaridade, representando a grande maioria dessas. Em

geral, a redução do tempo de trabalho é uma consequência da aposentadoria por invalidez. Portanto, faz-se necessário pensar estratégias de acolhimento, identificação e potencialização da funcionalidade dos servidores para manutenção do trabalho como mecanismo de proteção.

Considera-se necessária uma abordagem interdisciplinar de vigilância em saúde do trabalhador, capaz de traduzir a realidade, não somente do trabalhador como sujeito, mas também do impacto dos processos de trabalho, incluindo suas relações e tecnologias. Somente a partir de um processo estruturado será possível acolher o trabalhador, identificar sua possível restrição, conhecer as características dos vários ambientes e locais, se debruçar sobre os processos de trabalho, avaliar a possibilidade de reinserção do trabalhador e realizar seu acompanhamento como readaptado.

Além disso, sugere-se avaliar o dispositivo legal de aposentadoria por invalidez, obrigatória aos 24 meses de afastamento para tratamento da própria saúde e, também, se pensar na otimização da implementação do processo de readaptação funcional, incluindo sua avaliação e melhoria.

Dessa forma, será possível abrir campo para discussão da saúde e salubridade nos processos de trabalho, criação de bases de dados com disponibilização de informações para ações de vigilância em saúde do trabalhador e, consequentemente, construção de ambientes de trabalho que permitam a manutenção do servidor em sua vida produtiva uma vez que passou por um processo de readaptação funcional.

Conhecer os fatores envolvidos nas aposentadorias por invalidez, incluindo suas principais causas e características pode contribuir para a vigilância em saúde do trabalhador e, consequentemente, promoção de políticas que visem à melhoria dos ambientes e da organização do trabalho com vistas à saúde do trabalhador.

## REFERÊNCIAS


1. Almeida G de FP, Ribeiro MHA, Silva MACN da, Branco RCC, Pinheiro FCM, Nascimento M do DSB. Patologias osteomusculares como causa de aposentadoria por invalidez em servidores públicos do município de São Luís, Maranhão. Rev Bras Med Trab. 2016;14(1):37–44.

2. Antunes RLC. Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 15ª. São Paulo (SP): Cortez; 2011. 213 p.

3. Dejours C, Lancman S, Sznelwar L. Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Brasília; Rio de Janeiro: Paralelo 15 ed. Fiocruz; 2004.

4. Filho JF da S, Jardim SR. A danação do trabalho: relações de trabalho e o sofrimento. Rio de Janeiro: Te Corá Editora; 1997. 376 p.

5. Lacaz FA de C. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. Cad Saúde Pública. 2007;23(4):757–66.

6. Bonamino A, Alves F, Franco C, Cazelli S. Os efeitos das diferentes formas de capital no desempenho escolar: um estudo à luz de Bourdieu e de Coleman. Rev Bras Educ. 2010;15(45):487–99.

7. Spink MJP, Figueiredo PM, Brasilino J. Psicologia social e pessoalidade. Rio de Janeiro, Brazil: Centro Edelstein; 2011. Disponível em: http://books.scielo.org/id/xg9wp

8. Brasil. Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências.Decreto nº 3.298, de dez 20, 1999.

9. Organizacao Mundial da Saude. Cid-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. Sao Paulo: Edusp; 1996.

10. CIF: classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2003.

11. Brasil. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Lei nº 8.112 dez 11, 1990.

12. MPOG. Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal. 2014.

13. Brasil. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Lei nº 8.213 jul 24, 1991.

14. Camarano AA, Kanso S, Fernandes D. Envelhecimento populacional, perda de capacidade laborativa e políticas públicas. IPEA; 2013. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/3841

15. Ervatti L, Borges GM, Jardim A de P, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, organizadores. Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para

as projeções da população. Rio de Janeiro: IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2015. 156 p. (Estudos e análises. Informação demográfica e socioeconômica).

16. Ministério da Saúde. Regimento Interno da Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz. Portaria nº2.376/GM dez 15, 2003. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/Regimento%20Interno%20Fiocruz%20-%202003%20-%20MS.pdf

17. Coutinho LMS, Scazufca M, Menezes PR. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. Rev Saúde Pública. 2008;42(6):992–8.

18. Souza SAD de, Moulin M das GB. Serviço público: significados e sentidos de um trabalho em mutação. Cad Psicol Soc Trab. 2014;17(1):49–56.

19. Meirelles DS. O conceito de serviço. Rev Econ Política. 2006;26(1):119–36.

20. Fonseca R, Carlotto M. Saúde Mental e Afastamento do Trabalho em Servidores do Judiciário do Estado do Rio Grande do Sul. Psicol Em Pesqui - UFJF. 2011;5 (02):117–25.

21. Mascarenhas FAN, Barbosa-Branco A. Incapacidade laboral entre trabalhadores do ramo Correios: incidência, duração e despesa previdenciária em 2008. Cad Saúde Pública. 2014;30(6):1315–26.

22. Knardahl S, Johannessen HA, Sterud T, Härmä M, Rugulies R, Seitsamo J, et al. The contribution from psychological, social, and organizational work factors to risk of disability retirement: a systematic review with meta-analyses. BMC Public Health 2017;17(1).

23. Sampaio RF, Silveira AM, Parreira VF, Makino AT, Mateo MM. Análise das aposentadorias por incapacidade permanente entre os trabalhadores da Universidade Federal de Minas Gerais no período de 1966 a 1999. Rev Assoc Med Bras. 2003;49(1):60–6.

24. Moreira AAO, Martins JT, Robazzi ML do CC, Ribeiro RP, Lourenço M do CFH, Lacerda MR. Disability retirement among university public servants: epidemiological profile and causes. Rev Bras Enferm. 2018;71(2):289–96.

25. Karpansalo M. Depression and early retirement: prospective population based study in middle aged men. J Epidemiol Community Health. 2005;59(1):70–4.

26. Martins JT, Galdino MJQ, Linares PG, Ribeiro RP, Ueno LGS, Broboff MCC. Aposentadoria por invalidez de trabalhadores da área da saúde de um hospital universitário Disability retirement of workers in the health field at a university hospital. Rev Pesqui Cuid É Fundam Online. 10 de janeiro de 2017;9(1):122.

27. Santos AC de Q, Limongi JE, Jorge MLMP, Jorge MT, Pereira BB, Jorge PT. Aposentadorias por invalidez e Doenças Crônicas entre os servidores da Prefeitura Municipal de Uberlândia, Minas Gerais, 1990-2009. Cad Saúde Coletiva. 2015;23(1):57–62.

28. Weber A, Weltle D, Lederer P. Ill health and early retirement among school principals in Bavaria. Int Arch Occup Environ Health. 2005;78(4):325–31.

29. Miranda FAN de, Carvalho GRP de, Fernandes RL, Silva MB, Sabino M das GG. Saúde mental, trabalho e aposentadoria: focalizando a alienação mental. Rev Bras Enferm. 2009;62(5):711–6.

30. WHO. Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. 2002. Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf

31. Vahtera J, Laine S, Virtanen M, Oksanen T, Koskinen A, Pentti J, et al. Employee control over working times and risk of cause-specific disability pension: the Finnish Public Sector Study. Occup Environ Med. 2010;67(7):479.

32. Schramm JM de A, Oliveira AF de, Leite I da C, Valente JG, Gadelha ÂMJ, Portela MC, et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2004;9(4):897–908.

33. Achutti A, Azambuja MIR. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. Ciênc Saúde Coletiva. 2004;9(4):833–40.

34. Polvinen A, Gould R, Lahelma E, Martikainen P. Socioeconomic differences in disability retirement in Finland: The contribution of ill-health, health behaviours and working conditions. Scand J Public Health. 2013;41(5):470–8.

## 10. CONCLUSÃO

Em 1939, a readaptação surgiu como dispositivo para o aproveitamento do funcionário público em função mais compatível com a sua capacidade física ou intelectual e vocação. Assim, foi utilizada para adequar o funcionário a uma função com exigências e habilidades que permitissem a eficiência do serviço nos quadros funcionais do serviço público, sendo indicada a mudança de função, quando necessária para atender tal finalidade.

Nos 50 anos, a readaptação foi tratada em mais 4 documentos, porém se manteve como uma estratégia para atender à necessidade do serviço em adequar seus quadros funcionais, tratamento considerado como desvio de função, preservando a perspectiva do funcionário ser apenas mais um indivíduo.

Somente em 1990, a perspectiva da readaptação foi modificada para uma situação de saúde, e passou a ser descrita como readaptação funcional. Essa mudança foi um desdobramento do reconhecimento da saúde como um modelo biopsicossocial, a partir de sua inclusão na CF 88. Contudo, sob a égide de um modelo integrativo de saúde, o Estado continua a se utilizar do mesmo objetivo, agora buscando atribuições e responsabilidades compatíveis com a limitação do servidor. Porém, agora como agravante, existe a proibição da mudança de cargo, havendo impossibilidade de provimento derivado vedado pela Constituição, sendo somente possível a investidura do servidor em outro cargo via concurso público.

Assim, as dúvidas quanto a real possibilidade e procedimentos operacionais em relação à readaptação funcional persistem, demonstrando serem insuficientes as orientações normativas existentes para um amplo entendimento sobre a questão.

Essa discussão se faz necessária, pois a readaptação:

- É vista como complexa, burocrática, engessada, estigmatizante, discriminatória, dicotomizada entre perícia médica e servidor, com desarticulação entre os outros atores envolvidos, não existindo a materialização de sua ocorrência, somente as restrições de atividades prescritas;
- Visa à manutenção da capacidade funcional do servidor concursado, que, ao apresentar limitações físicas e/ou mentais, não consegue exercer a totalidade das atribuições de seu cargo, mas com possibilidade de exercer outras atividades;

- Busca manter o trabalhador no trabalho, garantindo a esse sentido e manutenção de sua inserção social, reduzindo custos com benefícios previdenciários, aposentadorias por invalidez precoces, tal como a manutenção dos princípios da eficiência e economicidade na Administração Pública;
- Pode contribuir com a vigilância em saúde do trabalhador, com melhoria do conhecimento dos riscos existentes nos locais de trabalho, requisito para construção de ambientes e relações de trabalho mais saudáveis.

Dessa forma, o dispositivo da readaptação pode se apresentar de forma mais eficaz e eficiente, frente ao perfil de adoecimento e aposentadoria por invalidez encontrados, que concentra a maioria de seus motivos nas doenças crônicas não transmissíveis. Entretanto, para que isso seja possível, é necessário pensar a saúde e doença para além do modelo biomédico, ampliando sua compreensão e as possibilidades de prevenção, tratamento e reabilitação desses adoecimentos.

Outro ponto é a necessidade de se reduzir o hiato entre as normativas e a prática, buscando-se a implementação de políticas e ações que provoquem avanços de forma mais rápida e capilarizada, pelo compartilhamento de responsabilidades entre os vários envolvidos. Nada adianta se publicar modelos interdisciplinares e com foco no ambiente e nas potencialidades, e se manter apenas um modelo médico de diagnóstico e tratamento.

Vê-se como prioridade a disponibilização das informações relacionadas à saúde dos servidores para construção de indicadores que versem sobre a saúde e os ambientes de trabalho, com o reconhecimento da subjetividade, visando estratégias de vigilância compatíveis com a realidade vivida.

Afinal, os avanços tecnológicos expuseram todos os trabalhadores a várias mudanças sociais, geradas por novas formas e tempos no mundo do trabalho. Assim, é necessário pensar em outros modelos de gestão que possibilitem a redução do sofrimento provocado por essas mudanças, permitindo a alternativa da ressignificação para o serviço público e para o servidor, estruturado a partir de um processo coletivo e dialógico que facilite o conhecimento, a compreensão e a criatividade. Portanto, entende-se como possível a “readaptação” numa perspectiva de reabilitação do conjunto, de se construir novas possibilidades entre o sujeito e o contexto em que vive.

## 11. REFERÊNCIAS

ACHUTTI, A., AZAMBUJA, M. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. Ciência & Saúde Coletiva, v. 9, n. 4, p. 833–840, 2004.

ALLAMEL-RAFFIN, C. Histoire de la médecine. Paris: Dunod, 2008.

ALMEIDA, G. et al. Patologias osteomusculares como causa de aposentadoria por invalidez em servidores públicos do município de São Luís, Maranhão. Rev Bras Med Trab, v. 14, n. 1, p. 37–44, 2016.

ANTUNES, R. Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 15ª ed. São Paulo (SP): Cortez, 2011.

BLACK, C., FROST, D. GREAT BRITAIN. Health at work: an independent review of sickness absence. Norwich: TSO (The Stationery Office), 2011.

BONAMINO, A. et al. Os efeitos das diferentes formas de capital no desempenho escolar: um estudo à luz de Bourdieu e de Coleman. Revista Brasileira de Educação, v. 15, n. 45, p. 487–499, 2010.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. 1988.

BRASIL. Lei nº 8.112. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. 11 dez. 1990.

BRASIL. Lei nº 8.213. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. 24 jul. 1991.

BRASIL. Decreto nº 3.298. Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. 20 dez. 1999.

BRASIL. Lei nº 10.098. Estabelece normas gerais e critérios para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. 19 dez. 2000.

BRASIL. Decreto nº 6.949. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. 25 ago. 2009.

BRASIL. Lei nº 13.146. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). 6 jul. 2015.

BRASIL. Medida Provisória nº 739. Altera a Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social, e institui o Bônus Especial de Desempenho Institucional por Perícia Médica em Benefícios por Incapacidade. 7 jul. 2016.

BRASIL. Manual de perícia oficial em saúde do servidor público federal. 3. ed. Brasília: Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, Secretaria de gestão de Pessoas e Relações de Trabalho no Serviço Público.2017.

CAMARANO, A., KANSO, S., FERNANDES, D. Envelhecimento populacional, perda de capacidade laborativa e políticas públicas. IPEA, 2013. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/3841>. Acesso em: 25 jan. 2019.

CANGUILHEM, Georges. O normal e o patológico. Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária, 2010.

CIF: classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2003.

COUTINHO, L., SCAZUFCA, M., MENEZES, P. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. Revista de Saúde Pública, v. 42, n. 6, p. 992–998, 2008.

CUNHA, J., BLANK, V., BOING, A. Tendência temporal de afastamento do trabalho em servidores públicos (1995-2005). Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 12, n. 2, p. 226–236, 2009.

DEJOURS, C., LANCMAN, S., SZNELWAR, L. Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Brasília; Rio de Janeiro: Paralelo 15 Ed. Fiocruz., 2004.

DEJOURS, C., PARAGUAY, A., FERREIRA, L. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez Oboré, 2008.

DUARTE, A., LEMOS, A., ALCANTARA, M. Fatores de risco para absenteísmo de curta duração em um hospital de médio porte. Cadernos Saúde Coletiva, v. 25, n. 4, p. 405–413, 2017.

ERVATTI, L. et al. Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população. Rio de Janeiro: IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2015.

F. G. CAMPOS, M.. Norma versus Subjetividade: o legado de Canguilhem. Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana, v. 9, n. 18, p. 61, 2014.

FILHO, J., JARDIM, S. A danação do trabalho: relações de trabalho e o sofrimento. Rio de Janeiro: Te Corá Editora, 1997.

FIOCRUZ. Anuário Estatístico de Saúde do Trabalhador Fiocruz 2012-2015, 2016.

FONSECA, R., CARLOTTO, M.. Saúde Mental e Afastamento do Trabalho em Servidores do Judiciário do Estado do Rio Grande do Sul. Psicologia em Pesquisa - UFJF, v. 5 (02), p. 117–125, 2011.

FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: GRAAL, 1979.

INTERNATIONAL LABOUR OFFICE; PROGRAMME ON SAFETY AND HEALTH AT WORK AND THE ENVIRONMENT. The prevention of occupational diseases: World Day for safety and health at work, 28 April 2013. Geneva: ILO, 2013.

JOHNSON, S. O mapa fantasma. Jorge Zahar Editor, 2010. Disponível em: <http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=3233705>. Acesso em: 27 out.

2016.

KARPANSALO, M. Depression and early retirement: prospective population based study in middle aged men. Journal of Epidemiology & Community Health, v. 59, n. 1, p. 70–74, 2005.

KNARDAHL, S. et al. The contribution from psychological, social, and organizational work factors to risk of disability retirement: a systematic review with meta-analyses. BMC Public Health, v. 17, n. 1, 2017.

LACAZ, F. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. Cadernos de Saúde Pública, v. 23, n. 4, p. 757–766, 2007.

LANCILLOTTI, S. Deficiência e trabalho: redimensionando o singular no contexto universal. Campinas: Autores Associados, 2003.

MAENO, M., VILELA, R. Reabilitação profissional no Brasil: elementos para a construção de uma política pública. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, v. 35, n. 121, p. 87–99, 2010.

MARQUES, S., MARTINS, G., SOBRINHO, O. Saúde, trabalho e subjetividade: absenteísmo-doença de trabalhadores em uma universidade pública. Cadernos EBAPE.BR, v. 9, n. spe1, p. 668–680, 2011.

MARTINS, J. et al. Disability retirement of workers in the health field at a university hospital. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, v. 9, n. 1, p. 122, 2017.

MASCARENHAS, F., BARBOSA-BRANCO, A. Incapacidade laboral entre trabalhadores do ramo Correios: incidência, duração e despesa previdenciária em 2008. Cadernos de Saúde Pública, v. 30, n. 6, p. 1315–1326, 2014.

MENDES, R., DIAS, E. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. Ver Saúde Públ. V. 25, n 5, p.341-349, 1991.

MEIRELLES, D. O conceito de serviço. Revista de Economia Política, v. 26, n. 1, p. 119–136, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº2.376/GM. Regimento Interno da Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz. 15 dez. 2003.

MIRANDA, F. et al. Saúde mental, trabalho e aposentadoria: focalizando a alienação mental. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 62, n. 5, p. 711–716, 2009.

MOREIRA, A. et al. Disability retirement among university public servants: epidemiological profile and causes. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 71, n. 2, p. 289–296, 2018.

MPOG. Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal. 2014.

NEVES, T., PORCARO, L., CURVO, D. Saúde é colocar-se em risco: normatividade vital em Georges Canguilhem. Saúde e Sociedade, v. 26, n. 3, p. 626–637, 2017.

ORGANIZACAO MUNDIAL DA SAUDE. CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo: Edusp, 1996.

PINTO JÚNIOR, A., BRAGA, A., ROSELLI-CRUZ, A. Evolução da saúde do trabalhador na perícia médica previdenciária no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 10, p. 2841–2849, 2012.

POLVINEN, A. et al. Socioeconomic differences in disability retirement in Finland: The contribution of ill-health, health behaviours and working conditions. Scandinavian Journal of Public Healthv. 41, n. 5, p. 470–478, 2013.

RAMMINGER, T. "Cada Caps é um Caps": a importância dos saberes investidos na atividade para o desenvolvimento do trabalho em saúde mental. 2009. Tese - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

REZENDE, J. À sombra do Plátano: crônicas de história da medicina. SciELO Books - Editora Fap-Unifesp, 2009.

RIBEIRO, L. Elaboração de lista resumida da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) para mulheres com Câncer de Colo de Útero no Brasil. 2015. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

SAMPAIO, R. et al. Análise das aposentadorias por incapacidade permanente entre os trabalhadores da Universidade Federal de Minas Gerais no período de 1966 a 1999. Rev Assoc Med Bras, v. 49, n. 1, p. 60–6, 2003.

SANTANA, V. et al. Acidentes de trabalho: custos previdenciários e dias de trabalho perdidos. Revista de Saúde Pública, v. 40, n. 6, 2006.

SANTOS, A. et al. Aposentadorias por invalidez e Doenças Crônicas entre os servidores da Prefeitura Municipal de Uberlândia, Minas Gerais, 1990-2009. Cadernos Saúde Coletiva, v. 23, n. 1, p. 57–62, 2015.

SANTOS, G., LOPES, R. A (in)elegibilidade de trabalhadores encaminhados ao Programa de Reabilitação Profissional do INSS. Revista Katálysis, v. 18, n. 2, p. 151–161, 2015.

SCHRAMM, J. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 9, n. 4, p. 897–908, 2004.

SCLIAR, M. Do mágico ao social: trajetória da saúde pública. São Paulo: Editora SENAC São Paulo, 2002.

SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS. Decreto legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008: Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Convenção sobre os Direitos das pessoas com Deficiência: 2011.

SILVEIRA, S., GRISOTTI, M. Trabalho e Saúde: um estudo sobre o processo saúde–doença dos servidores de um hospital universitário. Saúde & Transformação Social, v. 2(3), p. 18–27, 2011.

SOUZA, S., MOULIN, M. Serviço público: significados e sentidos de um trabalho em mutação. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, v. 17, n. 1, p. 49–56, 2014.

SPINK, M., FIGUEIREDO, P., BRASILINO, J. Psicologia social e pessoalidade. Rio de Janeiro, Brazil: Centro Edelstein, 2011. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/xg9wp>. Acesso em: 23 jan. 2019.

THE WORLD BANK, World Health Organization. Relatório mundial sobre a deficiência. São Paulo: Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL et al. Absenteísmo-doença no serviço público brasileiro: uma revisão integrativa da literatura. Revista Brasileira de Medicina do Trabalho, v. 16, n. 1, p. 71–81, 2018.

VAHTERA, J. et al. Employee control over working times and risk of cause-specific disability pension: the Finnish Public Sector Study. Occupational and Environmental Medicine, v. 67, n. 7, p. 479, 2010.

VILLAPLANA GARCÍA, M. et al. Grado de efecto de las variables sociodemográficas, laborales, organizativas y del entorno en la duración de la incapacidad temporal por contingencias comunes en España. Atención Primaria, v. 47, n. 2, p. 90–98, 2015.

WEBER, A.; WELTLE, D.; LEDERER, P. Ill health and early retirement among school principals in Bavaria. International Archives of Occupational and Environmental Health, v. 78, n. 4, p. 325–331, 2005.

WHO. Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança, 2002. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2017.