

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL
DOUTORADO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL

MARIA ANGÉLICA DE MOURA BUENO

EXPERIÊNCIA DO ADOECER NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA: SAÚDE COMO
VERSO E ANVERSO NO TRABALHO

PORTO ALEGRE

2018

FOLHA EM BRANCO (CONTRACAPA)

MARIA ANGÉLICA DE MOURA BUENO

EXPERIÊNCIA DO ADOECER NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA: SAÚDE COMO
VERSO E ANVERSO NO TRABALHO

Tese apresentada ao Programa de Doutorado em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para obtenção do título de Doutora em Psicologia Social e Institucional.

Área de Concentração: Políticas Públicas e Produção de Subjetividade

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a. Jussara Maria Rosa Mendes

PORTO ALEGRE
2018

FICHA CATALOGRÁFICA

CIP - Catalogação na Publicação

Bueno, Maria Angélica de Moura
EXPERIÊNCIA DO ADOECER NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA:
SAÚDE COMO VERSO E ANVERSO NO TRABALHO / Maria
Angélica de Moura Bueno. -- 2018.
226 f.
Orientador: Prof^a Dr^a Jussara Maria Rosa Mendes.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Programa de
Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional,
Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. Experiência. 2. Adoecimento. 3. Afastamento do
Trabalho. 4. Servidor público federal. 5. Saúde mental
do Trabalhador. I. Mendes, Prof^a Dr^a Jussara Maria
Rosa, orient. II. Título.

MARIA ANGÉLICA DE MOURA BUENO

EXPERIÊNCIA DO ADOECER NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA: SAÚDE COMO
VERSO E ANVERSO NO TRABALHO

Tese aprovada para obtenção do título de Doutora em Psicologia Social e Institucional no Programa de Doutorado em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul pela Banca Examinadora formada por:

Aprovada em Porto Alegre, 02 de agosto de 2018.

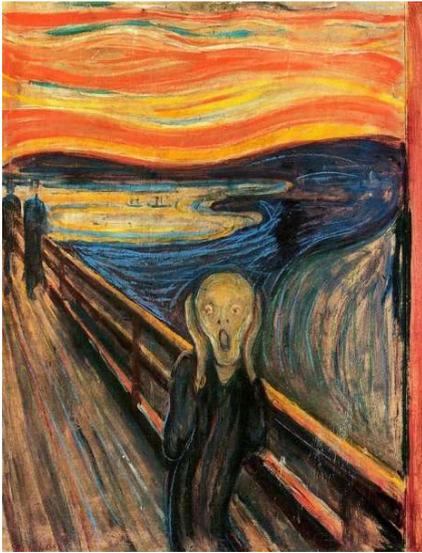
Prof^a Dr^a Jussara Maria Rosa Mendes UFRGS/PPGPSI – Orientadora

Prof^a Dr^aJaqueline Tittoni UFRGS/PPGPSI

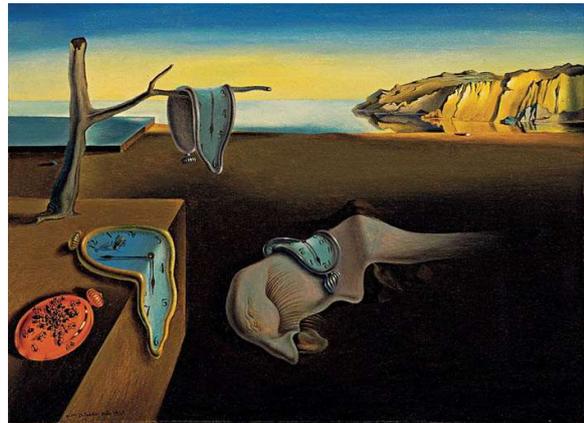
Prof^o Dr^o Pedrinho Arcides Guareschi UFRGS/PPGPSI

Prof^a Dr^a Andréia Mendes dos Santos PUCRS/ PPGEDU

Prof^a Dr^a Lis Andréa Pereira Soboll UFPR/PGPSI



O Grito, de Edvard Munch (1893)



A Persistência da Memória, de Salvador Dalí (1931)

* Saúde como *verso* e *anverso* no Trabalho

A vocês, em especial!

Aos meus pais Bento e Albertina (in memoriam,) e Tia Benvínda (segunda mãe, in memoriam), que foram esteio e base do que sou. Pelos ensinamentos e exemplos de vida. Como esquecer dos almoços dominicais, em que um por vez de nós lia um capítulo bíblico e depois ficávamos ao redor da mesa, de 2 a 3 horas de convívio, com os sabores da mesa, risadas e boas histórias. Em debates e divergências acaloradas, por vezes!...

Minha eterna gratidão, além da mais profunda saudade...

Aos meus filhos amados, Moisés, Thiago e Daniel, por darem um significado maior à minha existência e pela inspiração ao me fazer seguir e acreditar na vida, com fé e persistência. Às minhas norinhas Loriane, Alessandra, Bruna e netinha Fernanda

(Nandinha, Fefê) por iluminar de alegria nossa vida.

A meus 10 irmãos e irmã adotiva Marta, que comigo compartilharam o desejo de buscar fazer o melhor. Perseverar nos valores de honestidade, justiça e trabalho.

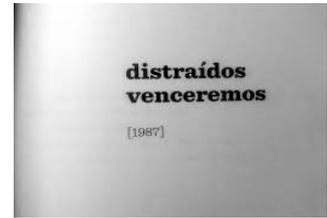
Fazer parte da Construção de patamares de cultura, numa educação valorizada integralmente por nossos pais. Sem frequentar escola regular, autodidatas na vida, em busca espontânea de fazer cursos "por correspondência" e ter professora particular de língua inglesa em casa... numa luta incessante por nossa capacitação, todos nós formados pela Universidade Estadual de Londrina (UEL-PR)

E a você, Altevír, meu amor e companheiro de vida plena, pela capacidade de ser um presente em todas as horas, como vivem...

Valor que não tem preço!

Amo demais vocês!

AGRADECIMENTOS



Paulo Leminski (1987)

Dedico em especial ao D... (amigo adolescente de meu filho) recém-ingresso na instituição, abalroado em engenhosidade de impotência! Esquemas descompondo saúde mental, engolindo artimanhas do destino. Apesar de tentativas de ajuda, a quem mais envolver, já que inflexibilidade enreda-se como tônica? Uma doce lembrança de igual sonhador, preces agora servem como alento diário...

Agradeço à minha Orientadora, Prof.^a. Dr.^a Jussara Maria Rosa Mendes, que de maneira sempre muito segura e atenciosa, orientou-me com seriedade e sugestões a realização deste empreendimento, incluindo sempre afeto.

Ao grupo de pesquisa e colegas NEST pelos momentos de intercâmbio e ensaios de *diversidade nas adversidades* da busca de realização ilimitada de uma tese consonante com genuinidade na investigação e reflexão. À minha Prof.^a. de Tutoria complementar no âmbito de Programa de Doutorado sanduíche ou intercâmbio no Centro de Psicologia-UP, sob orientação da Prof.^a. Dr.^a Marianne Lacomblez, como também em especial à Prof.^a. Dr.^a Liliana Cunha, pelo acolhimento e atenção ímpar em todos os momentos, dúvidas, percalços e crescimento no desenvolvimento do estudo e pesquisa.

Ao grupo de colegas do Grupo de Investigação em Psicologia do Trabalho pela convivência nos corredores, conversas nos cafés nos intervalos das aulas que se estendiam e somavam aos debates frutíferos das salas de aula.

Já aos *participantes* da pesquisa... Ah, sim, a todos sem exceção, agradecimento pela receptividade e carinho! Estes atores, participante ativos, constituem um alento e esperança de um futuro promissor pela criação de mundos que puderam se intercomunicar. Alguns, em especial, sem citação de nomes, foram uma verdadeira entrega e acolhimento emocional por terem compartilhado comigo suas histórias, ideias e sentimentos, mas essencialmente, suas vidas! Sou consciente de que não conseguirei exprimir aqui tudo o que representou esta associação de reciprocidade e energia, uma vivência sem parâmetros de esgotamento na finalidade acadêmica.

Aos colegas e professores da FPCE-UP, a garantia de qualidade e seriedade no desenvolvimento da atividade desejada.

À amizade construída no Centro Hospitalar de São João em Porto-Portugal no Estágio Doutoral e aprovação de pesquisa na Comissão de Ética para a Saúde - CAS, minha eterna gratidão! Esse período se revelou num aprendizado de proporções além do imaginável em conversas nos corredores, cafezinhos e olhares de aproximação. Isso se tornou um verdadeiro *oásis* num universo desconhecido a princípio, e na convivência, certeza de afeto incondicional. E aos que contribuíram com suas opiniões, conhecimentos e energia, sem esperar nada em troca... o reconhecimento do companheirismo, sem precedentes. Um surpreendente *encontro* no caminho. Por todo esse encantamento, muito obrigada a todos!!!

FRASES DOS PARTICIPANTES

=“E foi depois desse período que eu comecei a sentir dor no braço. Mas dor no braço passa, né? Só que quando eu fui no médico achando que ele dar uma pomadinha, ele deu a guia de internação! Eu tinha rompido o nervo subespinhal e eu não sabia que tinha rompido o nervo... (riso nervoso) Justamente eu sou destra, e justamente o direito. Justamente eu tenho cópia da minha pasta, os exames e tudo. Eu montei a pasta com os exames, o porquê da cirurgia, então tem os exames e tudo e daí o médico disse que era urgente e tudo e disse que era urgente. Eu tive que me afastar efetivamente.”

Vera

=“Foi uma coisa assim, não tenho história familiar de transtorno mental e comportamental nem da parte do meu pai, nem da parte da minha mãe. Simplesmente surgiu, simplesmente surgiu. E terrível, muito terrível!

Essa situação é como se eu estivesse **fora do tempo e fora do espaço** entende? É uma situação assim horrível, horrível! É como se parasse. Então, eu estou e eu estou também parado pensando, querendo dormir 24 horas por dia. O meu normal é por volta dos 80%. Mas eu estou muito bem. E aprendi a viver um dia de cada vez né? O meu 100% não é 100%. **É 70, 80% mas eu estou dentro do máximo.**

A minha preocupação, Angélica, é que a área de Saúde Mental na universidade, a demanda de cada 10 consultas que eu faço, eu posso te dizer que 6 são transtornos mentais e comportamentais cuja origem é o Trabalho, 6, não tinham e desenvolveram, pessoas que tinham, estavam estabilizadas e desestabilizaram. E as outras 4 têm diabetes, pressão alta, que é o “arroz com feijão” da clínica médica entende?”

Cesar

=“**Uma coisa que eu posso tirar e mandar pra vc Eu no trabalho normal...e eu em dia de Sol...** porque meus amigos me falam: Nossa, cara, vc é uma pessoa quando vc está dentro...num ambiente. E quando fora de um ambiente fechado, eu não consigo abrir o olho.”

Marcos

=“Quando eu vou no HC menina, todo mundo olha pra mim e fala: Maria, o que vc está fazendo aqui? Vc não está aposentada? Meu Deus do céu, olha o teu jeito...**Isso foi me destruindo** assim o que eu sou...psicologicamente. Então o HC pra mim, eu subo ali, isso me faz mal. Eu já falei isso pra A: Olha, A. eu amava este HC, menina...como a minha vida, vc entende? Como a minha vida...

(entristecida, abaixa o tom de voz...como a querer chorar...já choramingando em seguida)

Então foi muito, muito...Ai eu continuei trabalhando este tempo...mas um lugar que eu amei, que eu amei, mas hoje em dia ele me causa sofrimento, vc entende? Então, eu não tenho nada... **raiva! nada... mas me causa dor, causa dor!**”

Maria I

=“Foi muito ruim, foi muito ruim. Na realidade, eu **tive que reivindicar um direito!**”

Maria II

“Sou um direitista de esquerda: direitista porque tenho um senso muito aguçado do respeito às liberdades, mas ao mesmo tempo esquerdista no sentido de que tenho a convicção que nossa sociedade requer transformações profundas e radicais. Tornei-me um conservador revolucionário. É preciso revolucionar tudo, mas conservando os tesouros de nossa cultura.”
(France Culture) novembro 1999

“A complexidade existe igualmente no duplo sentido dos acontecimentos. O primeiro sentido é o de uma revolta localizada nos serviços públicos contra uma tripla ameaça, a ameaça sobre as vantagens corporativas, a ameaça sobre a segurança do presente (o espectro das privatizações ou racionalizações que significam demissões), a ameaça sobre a segurança do futuro (as aposentadorias). O segundo sentido é o de um descontentamento popular generalizado expressado na aprovação da greve durante duas semanas inteiras, a despeito das dificuldades físicas e financeiras. Essa greve foi sentido menos como expressão dos interesses corporativos do que como expressão do descontentamento geral, menos como revolta contra as situações profissionais do que como revolta contra a situação global.”
(A minha esquerda) 2011, p.107
MORIN,E.

“Mas aqueles para quem a diversidade humana é o fenômeno mais importante acabam não enxergando a unidade humana. A questão é ver a unidade na diversidade e a diversidade na unidade. De resto, todos compreendem imediatamente quando dizemos que o que caracteriza a humanidade é a cultura. Cultura significa o que não é inato na humanidade, o que ela deve aprender; os saberes, os fazeres, as crenças, a linguagem, etc. A cultura, porém, não é conhecida, ou melhor, não se conhece a cultura senão por meio das diferentes culturas. Dito de outra forma, o diverso remete ao uno, o uno ao diverso, é a unidade humana que produz a diversidade.”
(A minha esquerda) 2011, p.219
MORIN,E.

RESUMO

A natureza qualitativa deste estudo foi analisar o processo de *retorno* ao trabalho dos servidores públicos federais após longos períodos de afastamentos (acima de 120 dias) decorrentes de Licença para Tratamento de Saúde (LTS) para verificar repercussões na saúde mental destes servidores com a finalidade de contribuir para o conhecimento de um sofrimento tornado invisível. A inscrição de pesquisa se deu em dois momentos de percurso com os participantes trabalhadores nesta condição de ausência laboral. A realização de *Entrevistas Narrativas* individuais, em profundidade, com roteiro de questões semiabertas iniciais relativas à temática de *retorno* ao trabalho *pós* concessão de licença para tratamento de saúde (LTS) como etapa inicial de interlocução. A fonte é constituída por 6 participantes de duas instituições hospitalares, sendo a primeira no Brasil e pelo intercâmbio doutoral em Portugal, ocorreu Estágio de Observação Participante, cujo conteúdo foi submetido Análise Temática e recurso à aplicação informática Nvivo11. No Estágio em Portugal, obteve-se o fornecimento de dados em que se detectou aumento da concessão de licenças em saúde tomando como base três anos consecutivos, 2014 a 2016, período de consolidação do serviço de atendimento à saúde aos funcionários, composto desde controle epidemiológico ao acolhimento deste público pela equipe de saúde e segurança no trabalho. Desde 2012 em registros de afastamentos ao trabalho, revelou-se predominância de classificação de doenças músculo-esqueléticas e psiquiátricas, sem conexão com as condições laborais vigentes. No ano foco da pesquisa, janeiro a junho de 2016, foram 326 licenças de saúde concedidas, representando 5,29% dentro da universidade e um percentual de 8,91% de afastamentos ao trabalho do efetivo funcional institucional de técnicos administrativos existentes. Pela Análise Temática resultaram implicação institucional como principal noção de precariedade no trabalho e suas normativas de gestão aos conflitos interpessoais e pressões por produtividade *antes e após* a concessão do afastamento laboral. Se ser saudável não significa apenas estar livre de doenças, relaciona-se com uma constante possibilidade de refazer-se como sujeito nas condições ambientais e psicossociais. Os resultados deste estudo e pesquisa trazem como resultado essencial *a implicação institucional na manutenção do adoecimento após longos períodos de afastamento do trabalho*, convergências sociais não serem aprofundadas e nem esclarecidas de imediato. Assinalamos a da cronicidade instalada, estigma social no seu entorno, conhecimento deficitário de todo o quadro de saúde no trabalho como o da organização e gestão organizacional, relações interpessoais e condições laborais. Tais itens em conjunto, em conexão, em interação, mediante nossa investigação, nos deixam entrever a problematização do *Poder* norteador das relações. Concluimos que a incidência de afastamentos oculta incertezas laborais, paradoxo da condição de ser e estar adoecido como *Paciente*, enrustido em debates contínuos de existência nas experiências de vida do trabalhador. As narrativas viabilizam o que denominamos de *saúde como verso e anverso institucional*, isto é, a saúde compreendida como processo potente dinâmico e ao mesmo tempo exposição de formas diversificadas, múltiplas de adoecimento. Objetiva incidir em perspectivas positivas de construção de políticas públicas de atenção à saúde mental do trabalhador.

Palavras-chaves: Experiência. Adoecimento. Afastamento do trabalho. Servidor público federal. Saúde mental do trabalhador

ABSTRACT

The qualitative nature of this study was to explore the process of return to work of federal public servants after long periods of leave (over 120 days) resulting from a Health Care License (LTS) to verify repercussions on the mental health of these servers for the purpose to contribute to the knowledge of suffering made invisible. The research inscription took place in two moments of course with the workers participants in this condition of work absence. The realization of individual *Narrative Interviews*, in depth, with a script of initial semi-open questions related to the issue of *return to work post-licensing* for health treatment (LTS) as the initial stage of interlocution. The source is made up of 6 participants from two hospital institutions, the first one in Brazil and the by the doctoral exchange in Portugal, where there was Participant Observation Internship, whose content was submitted to thematic analysis and use of the Nvivo11 computer application. At the Internship in Portugal, data were obtained in which was detected an increase in the granting of health licenses based on three consecutive years, from 2014 to 2016, the period of consolidation of the health care service to the employees, composed from epidemiological control to the reception of this public by the health and safety team at work. Since 2012 in records of work leave, a classification of musculoskeletal and psychiatric diseases has been predominant, with no connection with current working conditions. In the focus year of the survey, from January to June 2016, there were 326 health licenses granted, representing 5.29% within the university and a percentage of 8.91% of withdrawn from work from the effective institutional workforce of existing administrative technicians. By the Thematic Analysis resulted in issues of institutional involvement / administration as the main notion of job insecurity and its management regulations underlying interpersonal conflicts and pressures for productivity *before* and *after* the granting of withdrawn from work. If being healthy does not only mean being free from disease, it is related to a constant possibility to re-establish itself as an individual in the environmental and psychosocial conditions in which it is inserted / participates. The results of this study and research bring as essential requirement the formulation of *the thesis of institutional implication in the maintenance of illness after long periods of withdrawn from work* from the fact that the social convergences are not deepened or clarified immediately. We point out that of the installed chronicity, social stigma in its surroundings, lack of knowledge of the entire health workforce, such as the organization and management of work, interpersonal relationships and working conditions. Such items together, in connection, in interaction, through our investigation, allow us to glimpse the problematization of the guiding Power of relations. We conclude that the incidence of withdrawal hides labor uncertainties, a paradox of the condition of to be and being sick as a patient, embedded in continuous debates of existence in the experiences of the worker's life. The narratives enable what we call *health as a institutional verse and obverse*, that is, health understood as a powerful dynamic process and at the same time exposure of diversified, multiple forms of illness. It aims to focus on positive perspectives of construction of the public policies of attention to mental health of the worker.

Keywords: Experience. Sickness. Withdrawn from work. Federal public servant. Mental health of the worker.

RÉSUMÉ

La nature qualitative de cette étude était d'analyser le processus de *retour* au travail des fonctionnaires publics fédéraux dérivé de longues périodes d'absences au travail (au-dessus de 120 jours) résultant d'une Licence en Soins de Santé afin de vérifier les répercussions sur la santé mentale de ces fonctionnaires dans le but de contribuer à la connaissance de la souffrance rendue invisible. L'inscription à la recherche a eu lieu en deux moments du parcours avec les participants travailleurs dans cette condition d'absence de travail. L'accomplissement des *Entretiens Narratifs* individuels, en profondeur, avec un script de questions semi-ouvertes initiales liées à la question du *retour au travail* post-licence pour le traitement de la santé (LTS) comme étape initial d'interlocution. La source est composée de 6 participants provenant de deux institutions hospitalières, la première au Brésil et pour l'échange doctoral au Portugal, une Phase d'Observation Participative, dont le contenu a été soumis à une Analyse Thématique et à l'utilisation de l'application informatique Nvivo11. Dans la Phase au Portugal, des données ont été obtenues dans lesquelles une augmentation des licences de santé a été détectée sur la base de trois années consécutives, de 2014 à 2016, période de consolidation du service de santé aux fonctionnaires, composé de contrôle épidémiologique à l'accueil de ce public par l'équipe de santé et de sécurité au travail. Depuis 2012, dans les registres d'éloignement de travail, une classification des maladies musculo-squelettiques et psychiatriques a été prédominante, sans lien avec les conditions de travail actuelles. Au cours de l'année de référence de l'enquête, de janvier à juin 2016, 326 congés maladie ont été accordés, soit 5,29% au sein de l'université et 8,91% d'éloignements de travail de la main-d'œuvre fonctionnelle des techniciens administratifs existants. L'Analyse Thématique a débouché sur des questions d'implication / administration institutionnelle en tant que notion principale de la précarité au travail et de ses règlements de gestion sous-jacents aux conflits interpersonnels et pressions pour la productivité *avant et après* l'accord d'éloignement du travail pour questions de santé. Si être en bonne santé ne signifie pas seulement être sans maladie, cela est lié à une possibilité constante de réévaluation en tant qu'individu dans les conditions environnementales et psychosociales auxquelles il participe. Les résultats de cette étude et de la recherche apportent comme exigence essentielle la formulation de la *thèse de l'implication institutionnelle dans le maintien de la maladie après de longues périodes d'éloignement du travail* parce que les convergences sociales ne sont pas approfondies ou clarifiées immédiatement. Nous soulignons la chronicité installée, la stigmatisation sociale dans son environnement, le manque de connaissance de l'ensemble du personnel de santé, tels que celui de l'organisation et de la gestion du travail, les relations interpersonnelles et les conditions de travail. De tels éléments réunis, en relation, en interaction, à travers notre investigation, permettent d'entrevoir la problématisation du *Pouvoir* comme guidage des relations. Nous concluons que l'incidence de l'éloignement de travail cache des incertitudes liées à celui-là, un paradoxe de la condition d'être et d'être malade en tant que *Patient*, intégré dans les débats continus de l'existence dans les expériences de la vie du travailleur. Les récits rendent possible ce que nous appelons la santé comme un verset et un opposé institutionnel, c'est-à-dire que la santé est comprise comme un puissant processus dynamique et, en même temps, comme l'exposition de formes multiples et diversifiées de maladies. Il vise à mettre l'accent sur des perspectives positives de construction des politiques publiques d'attention à la santé mentale du travailleur.

Mots-clés: Expérience. Maladie. Éloignement du travail. Fonctionnaire publique fédéraux. Santé mentale du travailleur.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Complexo DME e modos de saúde.....	36
Figura 2: Áreas a serem atendidas pelo SIASS.....	80
Figura 3: Diretrizes Gerais de promoção à saúde do servidor público federal.....	81

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica dos participantes no Brasil.....	102
Tabela 2: Quantitativo de Licenças de saúde do CHSJ de 2014 a 2016.....	108
Tabela 3: Quantitativo de Licenças de saúde >120 dias do CHSJ de 2014 a 2016.....	108
Tabela 4: quantitativo de Licenças de saúde do CHSJ de 2014 a 2016.....	111
Tabela 5: quantitativo de Licenças de saúde >120 dias do CHSJ de 2014 a 2016.....	112
Tabela 6: quantitativo mensal de funcionários do CHSJ em 2016.....	112
Tabela 7: quantitativo de servidores em Licenças de saúde em 2016.....	120
Tabela 8: discriminação dos fatores de classificação do CID Z em janeiro de 2016.....	121
Tabela 9: discriminação dos fatores de classificação do CID F em janeiro de 2016.....	121

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Quantitativo de servidores em Licenças de Saúde de 2014 a 2016.....	111
Gráfico 2: Número de leitos hospitalares do Complexo CHC – UFPR.....	119
Gráfico 3: Capacidade de atendimento hospitalar do Complexo CHC - UFPR.....	119
Gráfico 4 : total de dias de afastamento por grupo do CID.....	121

LISTA DE FOTOGRAFIAS

Fotografia 1: Participante da pesquisa com demonstração do local de trabalho na Universidade com disposição dos materiais *integrado* às suas necessidades especiais com guias de orientação e formatação específica191

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACL	Avaliação de Capacidade Laborativa
APF	Administração Pública Federal
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CAS	Comissão de Ética para a Saúde
CGA	Caixa-Geral de Aposentações
CGASS	Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor
CIAIC	Congresso Íbero-americano em Investigação Qualitativa
CID	Código Internacional de Doenças
CIT	Certificado de Incapacidade Temporária
CHC	Centro Hospitalar Hospital de Clínicas
DME	Distúrbio Musculoesquelético
DTM	Disfunção Têmporo-Mandibular
DORT	Doenças Osteoarticulares relacionadas ao Trabalho
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
LTS	Licença para Tratamento de Saúde
MPOG	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
NEST/UFRGS	Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho da UFRGS
NOST/SUS	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PASS	Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SAPS	Serviço de Apoio e Perícia Social, Perícia Médica
SESAO	Serviço de Segurança e Saúde Ocupacional
SIASS	Subsistema Integral de Atenção à Saúde do Servidor
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIPEC	Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal
SISOSP	Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público

ST	Saúde do Trabalhador
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAP	Unidade de Administração de Pessoas
UMAP	Unidade de Movimentação e Acompanhamento de Pessoas
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
URF	Unidade de Reabilitação Profissional
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
WHO	World Health Organization (Organização Mundial de Saúde)
WHOLIS	Base de Dados da Biblioteca da Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	21
2 ANÁLISE DO CONTEXTO DA FUNÇÃO PÚBLICA: reflexões sobre um campo em contínua tensão.....	28
2.1 Marcos da relação Saúde Mental e Trabalho.....	28
2.2 Experiências de adoecimento no trabalho em uma dimensão emergente de narrativas	41
3 ESTRUTURA DE TRABALHO NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA.....	53
3.1 Práticas em saúde mental do trabalhador: o servir institucional inclui vida no retorno ao trabalho.....	53
3.2 Legislação sobre a saúde do trabalhador na administração ou função pública....	59
4 PERCURSO INVESTIGATIVO.....	89
4.1 Trajetória do pesquisador	89
4.2 Conexão da essencial fundamentação ética.....	95
4.3 Modo de investigação: os movimentos entrelaçados no tempo	98
O primeiro movimento	101
O segundo movimento.....	103
4.4 Observação Participante em um hospital público e seu cotidiano de vida.....	107
4.5 Análise Temática	112
5 INDICADORES DE ANÁLISE.....	117
5.1. Indicadores conjunturais das concessões em saúde	117
5.2 Apresentação do sistema de categorias pela Análise Temática.	123
1. Administração.....	125
2. Apto	131
3. “Gerir o trabalho com a vida”-ser Paciente:.....	135
4. Função	138
5 Enfrentamento	141
6. Dificuldade	143
7 Entrevista.....	145
6 DIMENSÃO EMERGENTE DE NARRATIVAS.....	148
6.1 Narrativas de trabalhadores na função pública: (des)conexão da Saúde na função pública ou Poder do Estado como Nação?	148
6.2. Saúde como <i>verso e anverso</i> institucional	160

7 CONSIDERAÇÕES SOBRE VALORES INVESTIDOS NO TRABALHO.....	169
REFERÊNCIAS.....	178
ANEXOS.....	186
ANEXO A	186
ANEXO B	187
ANEXO C	188
ANEXO D	189
ANEXO E.....	190
ANEXO F.....	191
ANEXO G	192
ANEXO H	193
ANEXO I.....	194
ANEXO J	195
ANEXO K	196
ANEXO L.....	197
ANEXO M.....	198
ANEXO N.....	199
ANEXO O.....	201
ANEXO P.....	202
ANEXO Q.....	203
ANEXO R.....	204
ANEXO S.....	213

1 INTRODUÇÃO

A reflexão sobre o trabalho e o trabalhador na administração pública traz desafios quanto às situações de afastamentos derivados de experiência de adoecimento, ocasionando implicações e interferências diretas na saúde mental destes. Esta proposta originou-se na linha de pesquisa "Políticas Públicas e produção de Subjetividade", sob orientação da Prof.^a Dr.^a Jussara Maria Rosa Mendes. Sendo o tema Saúde amplo e complexo, abriga várias questões e dilemas, é fundamental apreender esse fenômeno nas suas inúmeras e complexas causas, consequências e, principalmente apontar as pesquisas que possam contribuir significativamente quanto ao desafio de revelar o processo de adoecimento no serviço público federal, em suas diversas facetas e configurações.

É importante caracterizar ao interlocutor o momento histórico, político e cultural em que esta temática se constituiu num olhar presente da administração pública sobre seu corpo funcional ativo, acometido por interferências de saúde em sua prática ativa no campo de trabalho. Destaca-se sua relevância e atualidade no sentido de contribuir para maior compreensão da complexidade do setor público, podendo até viabilizar, no futuro, estratégias de ação preventivas no processo de adoecimento mental no trabalho que, pela sua complexidade e abrangência, é um dos grandes embates da Política de Atenção à Saúde do Servidor, que tem um seus fundamentos calcados no tripé Vigilância, Assistência e Promoção à saúde.

A visibilidade da vulnerabilidade e identificação de indicadores psicossociais denotam a necessidade de reconhecimento do nexo de causalidade entre saúde e trabalho como um desafio contínuo, é essa nossa aposta! Pretende-se verificar as estratégias utilizadas no trabalho, ou seja, como são vistas, percebidas as possibilidades desse gerir no trabalho? Estratégias para gerir atividade de trabalho. A busca das alternativas, a potência do sujeito. É responder a uma inquietação, uma pergunta, os temas que necessitam ser sistematizados.

Interpõe-se como pertinente caracterizar que foi utilizada triangulação de método, no entanto, desde a origem deste instigante tema, revelou-se imperativo e como principal meio de se fazer reflexão foi escolhido método qualitativo. A pesquisa de cunho qualitativo, em primazia, serviu de base para toda a análise. Essa tipologia de investigação caracteriza-se pela exigência de uma capacidade integrativa e analítica por parte do investigador no momento de interpretação dos dados, sendo esta, realizada de forma interativa e dinâmica com as pessoas participantes em todo o processo de trabalho investigativo. Como avalia Souza e Baptista

(2011), neste âmbito de metodologia de caráter de investigação qualitativa, procura-se respeitar a subjetividade inerente ao comportamento e atividade das pessoas e das organizações. É destacado que o investigador necessita assumir intensa sensibilidade ao contexto onde realiza a investigação.

De acordo com Minayo (2014), nas pesquisas qualitativas o critério de amostragem não é numérico, uma vez que a preocupação não é a generalização, mas sim o aprofundamento e a abrangência da compreensão dos dados. E essencialmente, a interação e conexão etnográfica torna-se um exercício de objetivação por “aproximação” devido a “reflexividade” necessária.

Embora seja um aspecto pouco discutido, faz parte da ética, a necessidade de o pesquisador observar-se a si mesmo e a seu comportamento no campo, visando a uma postura de respeito para com seus interlocutores, num movimento conhecido como “reflexividade”. A rigor, nesses estudos empíricos há um processo de mão dupla: tanto o pesquisador conhece as pessoas e as comunidades em estudo, quanto se torna conhecido por elas. Igualmente não só os indivíduos e as comunidades se modificam diante do pesquisador, como também o pesquisador modifica a si mesmo e a sua atuação, dependendo da empatia e do envolvimento que cria com os interlocutores. Nesse tipo de trabalho, tanto o investigador quanto os participantes são simultaneamente sujeito e objeto de investigação. (MINAYO, 2014, p.1106)

No âmbito desta investigação, destacou-se sobremaneira a ação recíproca e interativa entre o pesquisador e os participantes, no sentido de serem vozes ativas e permanentes em toda a relação estabelecida. É o “centrar-se na compreensão dos problemas, analisando os comportamentos, as atitudes ou os valores (...)”. Este tipo de investigação é indutivo e descritivo, na medida em que o investigador desenvolve conceitos, ideias e entendimentos a partir de padrões encontrados nos dados (SOUZA & BAPTISTA, 2011, p.56).

Deste modo, a concretização de uma comparação na orientação temática relativa aos afastamentos em saúde, as Licenças para Tratamento de Saúde (LTS) ou “baixas” no quadro de pessoal, pode dar alento e prosseguimento de entendimento numa questão bastante delicada e complexa, relativa aos adoecimentos surgidos no ambiente e no contexto de trabalho. O tema principal é relativo à saúde mental dos servidores públicos federais no momento de *retorno* ao trabalho *pós* concessão de longos períodos de licenças de tratamento de saúde – acima de 120 dias do trabalho – e, igualmente em situação de afastamento ao trabalho *em vias de retorno* ao trabalho.

A compreensão e caracterização do contexto de trabalho incorpora a dimensão subjetiva dos efeitos do trabalho na saúde, centrada na explicitação do vivido no trabalho procurando ter uma análise integrada das relações vivenciadas nesta complexa e dinâmica

conexão. O que se pretendeu foi a verificação de fatores de riscos que incidem em agravos às relações entre o trabalho e a saúde, dando visibilidade à novas formas de organização do trabalho.

A materialização desta investigação concentra-se no objetivo geral:

Analisar o processo de retorno ao trabalho dos servidores públicos federais após longos períodos de afastamentos (acima de 120 dias) decorrentes de Licença para Tratamento de Saúde (LTS) para verificar repercussões na saúde mental destes servidores com a finalidade de contribuir para o conhecimento de um sofrimento tornado invisível. Equivale à análise do processo de adoecimento em relação ao trabalho derivados de concessão de LTS numa instituição pública federal, no Brasil. As considerações deste estudo são portanto, as implicações e interferências diretamente na saúde mental destes indivíduos.

Foi realizada investigação sequencial em Portugal, na condição de intercâmbio doutoral tendo como ponto de partida o Estágio de Observação Participante neste contexto do cotidiano de trabalho. Importante mencionar que após o Estágio de Observação, foi aprovado um projeto de pesquisa nesta mesma temática. Assim, as mesmas concessões de licenças, denominadas de “Baixas” foram observadas e tiveram aprovação no órgão competente específico, Comissão de Atenção a Saúde do Centro Hospitalar de São João (CAS), tendo tido um desdobramento de análise em artigo científico a ser publicado em julho de 2018. Este projeto serviu de sustentação a um artigo científico a ser publicado nos anais do 7º Congresso ibero-americano em investigação qualitativa- CIAIQ2018 no mês de julho na Universidade de Fortaleza -UNIFOR- no Brasil.

Apresentado o objetivo geral, faz-se necessário, agora, explicitar o caminho que foi delineado e percorrido até ao delineamento do mesmo. Pretendeu-se desenhar esse caminho através da formulação dos seguintes objetivos específicos ou questões centrais de investigação, descritivas e exploratórias:

- Identificar os elementos constitutivos do processo de retorno ao trabalho enquanto formas de enfrentamento dos servidores públicos federais após longos períodos de afastamento (acima de 120 dias), decorrentes de LTS.
- Demonstrar a construção da designação de adoecimento como responsabilização pessoal (principalmente os CID F) dos servidores públicos federais com reincidências

cronificadas de agravos à saúde e isenção da implicação institucional desde a sua gênese.

- Identificar ações de protagonismo dos servidores públicos federais mediante análise e discussão nas práticas discursivas, de suas potencialidades de autogestão e criatividade enquanto atores sociais na construção das políticas públicas de atenção à saúde mental do servidor público federal.

Quando falamos em enfermidades do trabalhador relacionadas com a atividade profissional, referimo-nos àquelas que compõem o tipo de doenças ocupacionais, e são consideradas acidente de trabalho para fins previdenciários e indenizatórios, nos termos do art. 20 da Lei n. 8.213/91. (NAZÁRIO, 2010, p.63) Doenças essas, consideradas mediatas, por evoluírem com o passar do tempo. Nesse entendimento de serem doenças ocupacionais ou relacionadas com o trabalho, consideramos que o trabalho deve ser visto como *concausa*, ou causa concorrente – situação em que as atividades exercidas potencializam ou agravam doença preexistente, limiar entre o encaminhamento a potencialização da recuperação ou cronicidade. Viabiliza possibilidade de agravamento por tornar o sofrimento presente na situação vivenciada pelo trabalhador.

Consideramos a argumentação quanto ao trabalho ser considerado *concausa* quando nos referimos a que “ainda que a execução do trabalho não tenha sido a causa única e exclusiva do acidente ou da doença ocupacional, mesmo assim tais sinistros serão considerados acidentes do trabalho para efeitos de lei quando as condições de trabalho concorrerem diretamente para o advento do infortúnio” (NAZÁRIO, 2010, p. 65). Enquanto se tem nas doenças profissionais, a natureza do trabalho como causa principal ou típica da profissão, as doenças do trabalho *não têm no trabalho a causa única ou exclusiva, mas são adquiridas em razão das condições especiais em que o trabalho é realizado*” (DALLEGRAVE NETO, 2008, p. 02). São doenças essencialmente comuns, contudo, em virtude das condições irregulares do trabalho contribuem diretamente para o seu aparecimento e desenvolvimento. As concausas podem ser preexistentes ou anteriores, simultâneas ou concomitantes e supervenientes ou posteriores ao acidente.

Quando nos referimos à uma via de colaboração com visão processual de análise, a prerrogativa é a estar em objeção, contestando visão opositora, que deflagra instâncias como a de saúde-doença. Ao incorporar o debate entre o processo de trabalho enquanto experiência de trabalho, faz-se um movimento para notabilizar este saber como ofício digno de reconhecimento ativo no processo saúde-doença, assim,

o processo de trabalho como ponto de partida para analisar a relação entre saúde e trabalho, ao mesmo tempo em que pretende valorizar o saber e a experiência do trabalhador sobre seu próprio ofício, entendendo-o como sujeito ativo do processo saúde-doença (NARDI, RAMMINGER, 2007, p.216).

Se o que se pretende demonstrar no trabalho é o quanto este é permeado por relações cotidianas de afetos e desafetos, embates contínuos como parte integrante do trabalho. Esse embate compõe portanto, a identificação da denominação de processo de trabalho. Tendo processo do trabalho como mote de discussão e análise, confere que a dimensão ontológica do trabalho é a de se contrapor relações de trabalho e saúde continuamente. Equivale mencionar que contrapõe-se e compõe-se de situações em relação, em conexão. Nessa reinvenção e produção de saúde no trabalho, tal qual considerações dos processos de trabalho na saúde pública “o que balizou nossa pesquisa, assim, foi a aposta em colocar em discussão elementos que nos pareciam essenciais para fazer frente aos constrangimentos da vida na contemporaneidade, foi o acreditar na construção de modos mais solidários de convivência, relações menos verticalizadas nos *processos* de trabalho “ grifo nosso (BARROS E BARROS, 2014, p.934)

Relativo a processo de trabalho e saúde, por conseguinte, este objeto de estudo se desenvolveu no período de março de 2014 a março de 2018, em que o projeto de pesquisa foi construído a partir de diversas aproximações com a temática no campo da Saúde do Trabalhador na Universidade em que a pesquisadora tem a prática profissional no Brasil. A prática profissional enquanto noção de implicação no decorrer da realização da pesquisa, corroborando as dimensões libidinal, ideológica e organizacional que compõem a implicação profissional analisada na tese *Análise de implicação profissional: um dispositivo disparador de processos de educação permanente em saúde* de Flávio Adriano Borges Melo da USP Ribeirão Preto em 2017.

Em conjunto, adiciona-se inúmeras análises teóricas e sobremaneira, momentos de reflexões e interlocuções com colegas, pesquisadores e professores destes, em destaque inicial os componentes da banca de qualificação. O projeto também contou com importantes contribuições dos grupos de pesquisa Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho (NEST) da UFRGS e Grupo de Investigação do Centro de Psicologia da Universidade do Porto (CPUP). Conforme veiculação anterior, segundo momento de realização da pesquisa o que permitiu a operacionalização de observação dos resultados da pesquisa já realizada no Brasil

com situações semelhantes em Portugal, e o conseqüente experienciar dessas realidades mediante análise em artigo científico.

Após a qualificação e aprovação do Comitê de Ética em pesquisa no Instituto de Psicologia da UFRGS foi submetida a aprovação no Comitê de Ética em pesquisa na UFPR para início da pesquisa. Mediante aprovação da pesquisa, teve início a coleta de dados propriamente dita, que se desenvolveu entre os meses de março a julho de 2016 e se baseou em uma inserção prolongada da pesquisadora no território investigado. Tratou-se de uma situação incomum e inusitada a princípio, ao estar numa condição de pesquisadora em campo, onde habitualmente operava como profissional técnica na condução estudos de casos de colegas adoecidos, alguns deles de muito contato e interação.

Durante a pesquisa foram entrevistadas formalmente 6 pessoas e informalmente foram contatados aproximadamente 30 durante a busca ativa com os sujeitos em LTS por longos períodos (acima de 120 dias) no ano de 2016. A transcrição das entrevistas gerou 50 laudas, em que cada participante se expressava gerando análises minuciosas.

Na intenção de atender aos objetivos propostos pela pesquisa, esta tese foi organizada em sete capítulos, sendo o primeiro deles a *introdução*. Em seguida, o capítulo dois, *Análise do contexto da função pública: Reflexões sobre um campo em tensão contínua* busca apresentar o cenário desta investigação em toda sua trama e características da saúde do trabalhador enquanto desenvolvimento e impasses. O terceiro capítulo versa sobre *Sistema de emprego e políticas na administração pública* que tensiona clarificar o sistema de emprego peculiar deste segmento, com subordinação a legislação engessada e convivente com as do sistema privado concomitantemente, trazendo similitudes entre o panorama brasileiro e o português. O quarto capítulo intitulado *Percurso metodológico* traz o detalhamento da metodologia empregada e o processo de pesquisa que se tornou extensa enquanto imersão e escuta das narrativas de seus interlocutores. O capítulo seguinte *Indicadores de Análise* aponta indicadores dos afastamentos em saúde como enquadramento no contexto histórico. No capítulo seis, apontam-se as conclusões caracterizadas como *Experiências de Adoecimento no Trabalho em uma dimensão emergente de Narrativas* como análise que contribuem para a banalização do sofrimento das pessoas que passam por esta situação. E finalmente, o capítulo sete aborda as considerações enquanto debate sobre os danos causados na vida das pessoas e sua saúde mental, havendo indicações das limitações, sugestões e recomendações da pesquisa. E destacamos no sétimo capítulo, os *valores investidos no trabalho* a apreensão de insucessos e erros contingenciais

como componentes da experiência de vida. As narrativas de nossa pesquisa, em especial, explorou organização e condições de trabalho como um campo de conflito ético, ideológico e político, não podendo ser resolvido estritamente na esfera individual, e sim no coletivo do trabalho e de suas reivindicações.

2 ANÁLISE DO CONTEXTO DA FUNÇÃO PÚBLICA: reflexões sobre um campo em contínua tensão

*“O segredo é não correr atrás das borboletas...
É cuidar do jardim para que
elas venham atrás de você”
Mário Quintana*

2.1 Marcos da relação Saúde Mental e Trabalho

O contexto institucional do serviço público federal traduz-se eminentemente em proposições de regras e sistemas jurídicos imperativos, necessários sobremaneira; porém deixam de relevar e dar visibilidade às contradições, ambivalências e conflitos existentes na dinâmica institucional.

A problematização refere-se a como se realiza o processo de manutenção e desarticulação em Saúde, no caso, a Saúde do Trabalhador da administração pública. Este trabalhador, mesmo em condições inóspitas e desarticuladas no quesito humano e tecnológico, deixa sobressair um medo contínuo e recorrente em falar deste tema, considerado “tabu” na esfera institucional. O processo de adoecimento nos relatos de experiência vivida é perpassada pelo eixo do envelhecimento do trabalhador no mundo do trabalho institucional e, na corrida institucional pelo tempo há espaço para saúde?

As transformações em curso no mundo do trabalho estabeleceram novas relações de trabalho. Os sindicatos e a regulamentação estatal perderam força nesta nova configuração. O enfraquecimento do movimento sindical, a desestruturação do Estado, a desconstituição dos direitos sociais dos trabalhadores, a expansão de formas de trabalho precárias, a elevação das taxas de desemprego e o crescimento da exclusão social, tornaram cada vez mais complexa a situação dos trabalhadores.

Temos em Castel (2013, p.12) sua compreensão sobre a *questão social* que “configura-se como uma dificuldade central, a partir da qual essa sociedade se interroga sobre sua coesão e suas fraturas”. O autor faz referência às políticas de inserção ou inclusão social, analisando-as como um tipo de focalização da ação social, ou seja, uma questão de proteção social alcançada ou não. Já Paugam, citado por Castel (2013), aponta para a complexidade das questões de desfiliação na sociedade salarial e de emprego e a desqualificação social e não

reconhecimento numa sociedade de manutenção do trabalho, porém dentro de uma ótica de ruptura dos laços sociais e de insegurança.

No Brasil, destacam-se autores críticos que desenvolvem concepções sobre a centralidade do trabalho na vida humana, mas que continuam a tecer críticas e compreensão sobre em que condições isso se realiza. Alves (2011) tece reflexões sobre o quanto a precarização do trabalho realiza, o que refere ser *captura da subjetividade*¹ pela apreensão da disposição intelectual-afetiva dos trabalhadores, indo muito além da absorção do *fazer* e do *saber* de sua prática cotidiana de trabalho, ou seja, o quanto é imbricado nas relações de trabalho enquanto mobilização afetiva e ocupação do tempo disponível nas atividades envolvidas. Imbricado devido à superposição de fazer uso do tempo e estar afetado ao mesmo tempo no trabalho, como se não houvesse separação entre estes espaços e ambientes, e aí estar *no e fora* do trabalho se indiferencia cada vez mais. Igualmente Antunes (2003) aponta a precarização do trabalho na vida humana, da classe-que-vive-do-trabalho pela utilização criativa do tempo disponível e no estranhamento que se instaura, pois o homem não se reconhece e não se satisfaz. Alves (2013) intensifica a análise da denominação do trabalho dito precarizado, transformando o homem num homem “precariado”² nas identificações de corrosão nas diferentes modalidades de trabalho pelas terceirizações e informalidade geradoras de velhos mecanismos de intensificação ou até auto-exploração do trabalho. A precarização do trabalho e o desemprego aumentam o medo, a insegurança e estimulam a obediência e submissão dos trabalhadores a situações cada vez mais opressoras de trabalho. São inegáveis as múltiplas mudanças que ocorrem nos processos de trabalho, sendo que análise do trabalho deve ser realizada através de uma abordagem transdisciplinar e intersetorial.

1 “É o sentido da “captura” da subjetividade é traduzida na figura do “inspetor interior” que perscruta, com seu olhar, as tarefas do trabalho de si e dos outros. O operário ou empregado torna-se “patrão de si mesmo” e dos outros. Como observou Antunes, 1995,p.39 citado por ALVES, 2011, p.115) “a sujeição do ser que trabalha ao “espírito” Toyota, à “família” Toyota é de muito maior intensidade, é qualitativamente distinta daquela existente na era do fordismo. [...] “O estranhamento próprio do toyotismo é aquele dado pelo “envolvimento cooptado” que possibilita ao capital apropriar-se do saber e do fazer do trabalho”. Este, na lógica da integração toyotista, deve pensar e agir para o capital, para a produtividade, sob a aparência da eliminação efetiva do fosso existente entre elaboração e execução no processo de trabalho.”

2 O autor salienta a noção de “precariado” como sendo, não uma nova classe social, mas sim uma nova camada da classe social do proletariado com demarcações e categorias bastante precisas no plano sociológico: precariado é a camada média do proletariado urbano precarizado, constituída por jovens adultos altamente escolarizados com inserção precária nas relações de trabalho e vida social.” (Alves, 2013. O que é o precariado? Publicado em 22/07/2013. Disponível em <<http://blogdaboitempo.com.br/2013/07/22/o-que-e-o-precariado/>> Acesso em 05 set. 2015.

A área da Saúde do Trabalhador pode caracterizar-se por meio de dupla dimensão, como assinalam Mendes e Wünsch (2011a):

A expansão da área da saúde do trabalhador pode caracterizar-se por meio de dupla dimensão: uma decorrente da nova ordem do capital sobre o trabalho; outra por conta do reconhecimento político da área, representado pela sua inserção, ainda que insuficiente, no conjunto das políticas públicas e intersetoriais resultante da capacidade de organização de diferentes agentes políticos (MENDES e WÜNSCH, 2011a, p.462-463).

A seguir, as autoras argumentam que as novas perspectivas político-legais de trabalho numa configuração precarizada deveriam atingir um movimento de materialidade criativa e pensante quando relativo à área da saúde do trabalhador nas políticas públicas, ou seja, “os avanços político-legais estão associados ao reconhecimento da concepção ampliada de saúde e sua regulação como direito universal e, ainda, à incorporação da saúde do trabalhador no campo da saúde coletiva e em demais políticas públicas” (MENDES e WÜNSCH, 2011a, p.463). Perspectivas estas que traduzem a materialidade conjuntural da relação do trabalhador com o sistema de emprego do qual faz parte, no sentido de como foi construída este modelo de relação.

Sabemos que o trabalho é uma condição essencial para a existência social e para a manutenção da sociabilidade humana. Porém, na sociedade capitalista torna-se expressão de uma relação social fundada na propriedade privada, no capital e no dinheiro. Verifica-se em Marx (1964) e Antunes(2015) conceitos fundamentais da identificação da nova morfologia do trabalho em trabalho social, numa transformação denominada de “estranhamento”³ em que ocorre a perda do objeto que o trabalhador produz vendendo a sua força de trabalho. A organização do trabalho explora o sofrimento e os mecanismos de defesa utilizados contra o sofrimento. Essa condição, descrita por Marx (1964), é a de exploração existente ante a produção de um excedente cuja utilização é controlada por outro setor. O sujeito que trabalha

3 Se o *estranhamento* é entendido, como indicou Lukács, como a existência de barreiras sociais que se opõem ao desenvolvimento da individualidade em direção à omnilateralidade humana, à individualidade emancipada, o capital contemporâneo, ao mesmo tempo em que pode, através do avanço tecnológico e informacional, potencializar as capacidades humanas, faz expandir o fenômeno social do *estranhamento*. Isso porque o quadro que desenhamos acima mostra que, para o conjunto da *classe-que-vive-do-trabalho*, o desenvolvimento tecnológico não produz necessariamente o desenvolvimento de uma subjetividade cheia de sentido, mas, ao contrário, pode inclusive “desfigurar e aviltar a personalidade humana...” Isso porque, ao mesmo tempo que o desenvolvimento tecnológico pode provocar “diretamente um crescimento da capacidade humana”, pode também “no processo, sacrificar indivíduos (até mesmo classes inteiras)” (LUKÁCS,1981,p.562, citado por ANTUNES,2015, p.221).

pode sentir a desvalorização de sua força de trabalho para o capital e perceber a perda gradativa de seus direitos como também, suas conquistas ameaçadas:

(...) Se o produto do trabalho não pertence ao trabalhador, mas o enfrenta como uma força estranha, isso só pode acontecer porque pertence a um outro homem que não o trabalhador. Se sua atividade é para ele um tormento, ela deve ser uma fonte de satisfação e prazer para um outro. Não são os deuses nem a natureza, mas só o próprio homem pode ser essa força estranha acima dos homens. (MARX, 1964, p. 103).

Pode-se considerar que o sofrimento surge das condições que constituem um choque entre a história individual, a subjetividade, esperanças e desejos do sujeito e a organização do trabalho, que muitas vezes ignora todos esses fatores. Quando o trabalhador não consegue conciliar suas necessidades fisiológicas e psicológicas ao regime de trabalho ao qual está submetido, surge o sofrimento de natureza mental como resultado do embate entre ser humano *versus* trabalho. A precarização do trabalho e o desemprego levam os trabalhadores a situações cada vez mais opressoras de trabalho. Como Antunes destaca, a precarização se estabelece na questão de impotência muitas vezes, frente ao estabelecido, ao que se apresenta como possibilidade. A transformação do trabalho em meio para obtenção de resultados. Aquilo que era uma necessidade básica do ser social transfigura-se e se transforma em meio e não mais uma necessidade de realização humana, pelo que se lutava. O ser humano se transformou numa mercadoria especial, “sob a forma de *trabalho abstrato, assalariado, alienado e fetichizado*”. (ANTUNES, 2011, p.435)

Essas considerações sobre o sofrimento como uma condição psicossocial de determinações múltiplas e historicamente referenciadas têm nas pesquisas e estudos sobre o suicídio no trabalho, o seu corolário de denúncias quanto às práticas administrativas perversas empregadas na organização contemporânea do trabalho.

A desagregação ou a desestruturação da solidariedade ou dos vínculos sociais no trabalho é de especial interesse, pois quando um trabalhador se mata por razões relacionadas ao trabalho, significa que toda a comunidade de trabalho já se encontraria em estado de sofrimento (MENDES e WÜNSCH, 2014, p.142).

Merece destaque Santos⁴ (1989,p.114) como um dos autores visitados em trajetória desde o mestrado, por mostrar a relevância do tempo vivido como uma “fisiologia

4 Encarar a complexidade e encanto do Tempo na dimensão do vivido, é “acolher a vida como processo de produção, não é pensar a vida. É silenciar a mente, quedar-se, desinvestir o ego e embarcar na fruição

transcendental” que torna o pesquisador um escultor sensível ao tempo da sociedade e ao sentimento coletivo que ele suscitou e fez amadurecer, abrindo um canal de comunicação por onde podem se concretizar. Essa pode ser então, uma tentativa de construção e elaboração de ideias e conceitos que se pretendem interligar e conectar com a realidade social da qual se adere no cotidiano de vida e existência no trabalho. Assim, a aproximação com a problematização temática operou várias *idas e vindas*, ao conectar-se com implicação da trajetória profissional e conexão com os diversos atores com os quais se vislumbra conectar nesta empreitada. Se não é uma tarefa já pronta, dada e *instantaneamente* visível se deve aos vários percalços, tantas histórias e caminhos percorridos que ora se deseja apresentar. Histórias e narrativas num emaranhado de ideias, sentimentos e imagens que trazem inúmeras possibilidades ou rumos.

Dentre esses, vamos apresentar a complexidade do campo temático na qual depositamos desejos e energias. Na condição de servidora pública federal numa instituição federal de ensino, no caso a Universidade Federal do Paraná (UFPR), a dinâmica intensa nesse enquadre institucional levou a percepção do número cada vez maior de pessoas com jornadas interrompidas no seu cotidiano devido ao afastamento laboral. Ainda, durante o período de 15 anos, foi estar presente numa instituição hospitalar pública enquanto profissional técnica psicóloga do trabalho envolvida em questões relativas desde ao ingresso de novos pares no hospital, tanto na organização, planejamento e realização de cursos e treinamentos específicos, quanto na presença constante em equipes multiprofissionais para desenvolvimento de estratégias consonantes com as metas diretivas organizacionais.

Dentre os projetos criados em equipes de trabalho, sobressaiu um deles realizado numa área de tratamento intensivista, Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) em que a dinâmica de trabalho era perpassada por momentos intensos de choro, desabafos espontâneos e afagos corporais bastante inusitados, distanciados inicialmente da performance rotineira. Houve inúmeros depoimentos em que as pessoas se afastaram do trabalho por estarem no limite extremo de suas condições emocionais e físicas, ou aqueles que viam o trabalho como um ofício de dedicação integral, não concebendo o distanciamento deste, mesmo que estivessem em condições deficitárias de sua saúde pessoal ou familiar. Esse envolvimento num projeto de pesquisa individual culminou com a minha transferência para o setor de atendimento em saúde da Universidade, desde 2007: a Unidade de Reabilitação Profissional (URF), numa equipe

do real, para aquém da significação. É abandonar o centro, o homem como centro do universo, e partir ao encontro da Natureza, do Tempo, do Outro, e dessa nossa segunda natureza, que é a Tecnologia. (SANTOS, L. G.; 1989p.59)

multiprofissional de Saúde com integrantes de várias especialidades, como fisioterapia, enfermagem, medicina do trabalho, assistente social e psicólogo, responsáveis pelo diagnóstico, acolhimento e avaliação de servidores públicos federais em processo de licenças para tratamento de saúde com o objetivo de resgate da capacidade laborativa residual do servidor. As LTS eram inicialmente recebidas pela equipe de médicos e psiquiatras do Serviço de Apoio e Perícia Social, Perícia Médica (SAPS). Essas LTS também podem ser derivadas de Acidentes do Trabalho emitidas pelo outro órgão parceiro, o Serviço de Segurança e Saúde Ocupacional (SESAO), todos referentes ao Subsistema Integral de Atenção a Saúde do Servidor (SIASS) que possui um Acordo de Cooperação Técnica entre a Administração Pública, Ministério Público de Orçamento e Gestão com a UFPR.

A observação e contato exploratório inicial fizeram ver que os casos de afastamento do trabalho, ou seja, as LTS, eram alvo de disputas de *poder* entre a permissão dada pelo órgão competente pericial e os desdobramentos subsequentes que trazem o processo vivenciado pelo servidor como uma luta contínua por suas condições de saúde. Como, neste texto, se pode fornecer alguns elementos que evidenciarão esta disputa na dinâmica institucional? Até então percebidos, esses elementos que evidenciam a disputa na dinâmica institucional são aqueles de busca voluntária dos servidores por diversas unidades para se comunicar com os dirigentes e se fazer ouvir, falar, expressar-se, dar vazão às suas angústias que não se traduz diretamente num canal de comunicação evidente. O processo de dar entrada nas LTS é o procedimento legal instituído, mas subjazem, no entanto, muitas dificuldades na operacionalização do mesmo. Refere-se a um dos enfrentamentos com as condições de saúde do servidor. Mas como podem ser analisadas integralmente? A verificação do meio ou caminho inicial é o de atestar pra si mesmo, que se está adoecido. Esta emblemática necessita, a nosso ver, ser mais conhecida, analisada e visibilizada.

Assim, dentre os casos práticos vivenciados, destacamos dois que foram muito impactantes para a compreensão do *assujeitamento* institucional: primeiramente, abordamos o caso de uma técnica de enfermagem, de uma área crítica da instituição hospitalar pública, estava em LTS pela quarta vez e nos relatos provenientes de suas chefias imediatas, enfermagem e médica, os impeditivos eram derivados de sua história anterior de internamento em hospital psiquiátrico e tentativa de suicídio que culminaram com Código Internacional de Doença (CID) de transtorno mental grave. Dentre as técnicas de análise da Psicologia, foram aplicados testes de avaliação projetiva aliada às entrevistas individuais como forma de detecção de seu estado

mental. Os resultados foram satisfatórios e, mesmo assim, o seu retorno era visto como inviável, ao que reuniões com o corpo diretivo e equipe de trabalho foram condições de decisão, por parte da servidora, em não ter enfrentamento nesse ambiente atual inóspito. Era como se o *estigma do diagnóstico de sua saúde mental* tivesse realmente colado perenemente em sua subjetividade.

O segundo caso é o de uma professora do quadro da universidade, ingressa em 2011 e com Pós-Doutorado, que havia *adoecido* por não estar lecionando disciplinas especialmente interligadas à sua formação para os períodos finais da graduação, mas ao invés disso, estar lecionando em disciplinas gerais e iniciais da formação. Além disso, desenvolveu quadro de síndrome do pânico nos dias de aula que obstruíam seu aparelho vocal e sistema mandibular, um quadro denominado Disfunção Têmporo-Mandibular (DTM). As informações registradas na Perícia Médica apontam: *“A servidora de 37 anos, D. E., apresenta laudo de especialista como avaliação, fez infiltrações com ácido hialurônico e glicosamina e uso de placa miorrelaxante e anti-inflamatórios diários. Relata que ministra aulas desde 2008, tendo tido este diagnóstico DTM em 2009. No seu departamento tem até 8 horas de aula por dia, ocasionando dor, cefaleia e náusea após as aulas. Tentou remanejar suas aulas ao longo da semana, porém não conseguiu, com isso desenvolveu sintomas depressivos e pensou em pedir exoneração, pois seus sintomas pioraram. Refere ser ansiosa e que isto está pior por conta da sua situação, pois está com dificuldade de conviver com outro professor que “acha que ela não quer dar aula” (sic).*

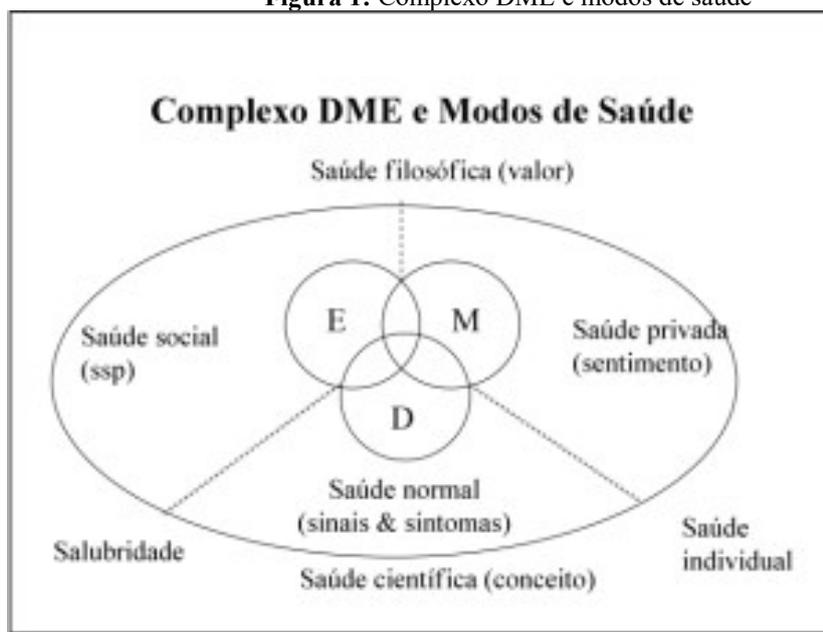
De acordo com a professora mencionada, o colega faz a distribuição da sua carga horária, disciplina indicada, curso designado, sala de permanência na universidade, não reconhecendo sua condição atual de dificuldades ao impor 8 horas seguidas de aulas, sem intervalos. Teme muito por si, já que está em período de Estágio Probatório. Médicos e dentistas que a acompanham solicitam redução das horas diárias em sala, com distribuição das aulas ao longo da semana. Relata que num dos episódios de término de suas aulas, ficou completamente sem ação, chorando muito no estacionamento da universidade, tendo que chamar seu marido para auxiliá-la a retornar pra casa. Faz acompanhamento com médicos e dentista especialistas e tratamento psicoterapêutico para suporte à sua condição. Foi elaborado laudo indicativo de limitações (redução da capacidade laborativa) para ministrar mais que três horas diárias em caráter temporário e orientações adicionais em reunião com a chefia do seu departamento de lotação, que delegava ao grupo de professores a responsabilidade formal de encaminhamento

das especificidades da coordenação da docência, e que acordou ter uma direção mais efetiva daí em diante.

Seguindo estas prerrogativas de vida laboral investida de classificações de doença, incorporamos o conceito de *saúde mental* pela Organização Mundial de Saúde.⁵ A integração entre as habilidades e meio circundante, funcionam como possibilidades de ação contínua ao se tornarem necessidades imperativas para o desenvolvimento pessoal e coletivo. Em consonância há, no Atlas de Saúde mental, 2014, o alerta da OMS indicativo de uma em cada 10 pessoas no mundo, 10% da população global, sofre de algum distúrbio de saúde mental. Isso representa aproximadamente 700 milhões de pessoas. No entanto, apenas 1% da força de trabalho mundial de saúde atua nesta área. É notória a persistente discriminação das questões de saúde mental, faz-se necessário um plano de ação abrangente que reconheça o papel essencial da saúde mental para alcançar a saúde de todas as pessoas. O plano é focado do ponto de vista de todo o ciclo de vida, visa alcançar a equidade através da cobertura universal de saúde e enfatiza a importância da prevenção. Do ponto de vista de raiz etimológica, Saúde é derivado do latim *salus* designando inteiro, intacto e íntegro (ALMEIDA, F., 2011, p.15). Dentre outras explorações semânticas possíveis, vamos indicar a do idioma inglês como aglutinador dos temas de saúde como um problema filosófico e científico, que embasa distinções entre o funcionamento fisiológico (*disease* ou doença), percepção individual do sofrimento (*illness* ou moléstia) e a padronização da significação social da saúde enquanto controle social (*sickness* ou enfermidade) fundamentais ao complexo modelo Doença-Moléstia-Enfermidade (DME), conforme figura 1.

5 Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua saúde mental como o estado de bem-estar no qual o indivíduo percebe as próprias habilidades, pode lidar com os estresses normais da vida, é capaz de trabalhar produtivamente e está apto a contribuir com sua comunidade. Portanto, Saúde Mental é mais do que ausência de doença mental (WHO, 2000).

Figura 1: Complexo DME e modos de saúde



3Fonte: Almeida Filho, 2001, p. 128.

A ampliação do conceito de saúde por condições psicossociais de análise é salientado por Canguilhem (2006) ao englobar saúde e doença sempre dentro da referência de ser normativo, normatividade. Normatividade essa, na medida em que ambas, saúde e doença, implicam uma norma de vida, sendo a saúde uma norma de vida superior por se constituir pela transgressão de normas e transformação das funções vitais, enquanto a doença é vista numa norma de vida inferior.

Canguilhem (1990) considera que a saúde se realiza no genótipo, na história da vida do sujeito e na relação do indivíduo com o meio, daí o motivo por que a ideia de uma saúde filosófica não contradiz tomar a saúde como objeto científico. Com base nesse argumento, a saúde filosófica não incorpora apenas a saúde individual, mas também o seu complemento, reconhecível como uma saúde pública, ou melhor, publicizada (ou melhor ainda, politizada), que no Brasil chamamos de saúde coletiva (PAIM & ALMEIDA-FILHO, 2000, p. 25).

Saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças. Aquilo que é considerado doença ou loucura revela variações, inconstâncias socioculturais a serem consideradas. Podemos conjecturar as implicações na saúde mental mediante a normativa de classificação do desviante a um padrão exigido como sendo o único aceitável. A concepção de assumir riscos passa como experiências não só turbulentas, mas tensionamentos inexistentes. “[...] a norma,

em matéria de psiquismo humano, é a reivindicação e o uso da liberdade como poder de revisão e de instituição das normas, reivindicação que implica normalmente o risco de loucura.” (CANGUILHEM, 2012, p.184) A noção de saúde para Canguilhem está em ser saúde conectada à uma caracterização de normalidade relacionada com a normatividade, criação de normas em situação de risco de transgressão do tradicional vigente.

Dentre autores debatedores da Saúde, incorporamos ALMEIDA-FILHO (2011), que apresenta os diversos estudos sobre Saúde na historicidade dependendo de como os estudos se organizam quanto ao tópico *Saúde* concernente a cinco dimensões ou facetas do conceito saúde representativos de distintas escolas de pensamento. Explorações muito elucidativas, brevemente reportadas a seguir, enfatizam o aporte de Canguilhem⁶ como subsídio de fundamento contributivo das ciências sociais ao entendimento na concepção de saúde frente aos modelos vigentes. Estas dimensões concebem Saúde como: fenômeno, medida, construção cultural, valor e práticas. Saúde enquanto fenômeno: refere-se ao entendimento *negativo* da saúde visto por Boorse, C.(1997) como ausência de doença extraída dos fatos biológicos sem juízo de valor, concebendo saúde como um atributo de capacidade funcional ou incapacidade em oposição à noção de harmonia ou equilíbrio. Mostra-se condizente com o principal modelo dentro das ciências biomédicas, o da História Natural da Doença (HND) de Leavell & Clark (1976) em que reconhece que o estado de doença ou de doença implica múltiplas e complexas determinações, porém não transcende o âmbito biológico das manifestações pré-patológicas e patológicas

Saúde no uso de medida enquanto padronização: refere-se a uma abordagem clínica da saúde visando desenvolver instrumentos capazes de reconhecer o estado de completo bem-estar físico, mental e social preconizado pela OMS, caracterizados como indicadores de salubridade (saúde coletiva positiva) na população. É de se constatar que dados globais terminam por simplificar a complexidade da saúde, mas avançam no sentido de definir incapacidade como impacto da doença ou agravo sobre o desempenho individual.

Saúde como construção cultural ou ideia: vários estudiosos apontam a enfermidade enquanto significação social da doença produzida no discurso médico-paciente. Vista como

6 “Sendo o corpo um produto de processos complexos de intercâmbio com o meio, na medida em que estes podem contribuir para determinar o fenótipo, a saúde corresponderia a uma ordem implicada tanto na esfera biológica da vida quanto no modo de vida (Canguilhem,1990). Como produto-efeito de um dado modo de vida, a saúde implica um sentimento de poder enfrentar a força da enfermidade, funcionando assim como um seguro social implícito contra os riscos.” (ALMEIDA FILHO, 2011, p.126)

rede semântica de significados que estrutura a produção cultural de práticas e invenção simbólica de sentidos de saúde em que as práticas médicas seriam estruturadas em relações de poder e em distribuição desigual das doenças e seus tratamentos. Neste sentido, seriam sistema de signos, significados e práticas de saúde- (sspS), enriquecedores ao debate, mas não suficientemente interdisciplinar na análise.

Saúde como valor: perspectiva de situação tão desejável que se tornaria utópica ou idealista. Uma questão bioética fundamental que trata a dimensão da desigualdade em saúde. Referem-se a questões teóricas e metodológicas sobre a desigualdade, inequidade ao campo da justiça e inequidade na isonomia política em saúde. A saúde não constituiria um valor-em-si como um poder no corpo mas mediador da interação cotidiana dos sujeitos sociais. O sociólogo Pierre Bourdieu traz o conceito de *habitus* enquanto estilos de vida como categoria etnológica de estratégias de distinção para compreensão da dinâmica das desigualdades em saúde na sociedade, que antecipam noções foucaultianas de biopoder e cuidado de si. A necessidade de incorporar a noção de *obverso como moléstia* em relação distinta a de saúde, para Talcott Parsons, ou seja, a ideia de vulnerabilidade social como efeito da distribuição desigual dos determinantes da saúde-doença-cuidado.

Saúde como campo de práticas: resultado da complexa e rica trama de atos humanos e instituições socialmente organizadas e coletivamente estabelecidas para dar conta das dimensões social e política do campo social da saúde. Incorpora saberes interdisciplinares e multiculturais formalmente designado pela carta de Ottawa em 1974, no Canadá. Uma nova perspectiva de determinação da Saúde, sobre a noção de integralidade como complexo “promoção-saúde-doença-cuidado”, atuando nos quatro eixos contemplando os ciclos de vida humanos; envolvendo a gestão de serviços institucionais; concebendo ambiente no sentido físico, social e psicológico; e enfocando basicamente alterações nos padrões de estilos de vida.

Enquanto compreensão de síntese, é atual considerar multiplicidade conceitual de saúde, vista pois, no plural e não no singular; a depender das ordens hierárquicas, dos níveis de complexidade e dos planos de emergência considerados. Um bem comum ou serviço público acessível a todos na sociedade.

Sabe-se que cerca de 45% da população mundial e cerca de 58% da população acima de 10 anos de idade faz parte da força de trabalho segundo dados da População Economicamente Ativa (PEA) divulgados pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS/OMS Brasil, 2010). O trabalho desta população sustenta a base econômica e material

das sociedades que por outro lado são dependentes da sua capacidade de trabalho. Desta forma, a saúde do trabalhador e a saúde ocupacional são pré-requisitos cruciais para a produtividade e são de suma importância para o desenvolvimento socioeconômico e sustentável.

A dimensão do trabalho na contemporaneidade traz desafios e conexões vitais ao nosso desejo de ter uma vida plena, repleta de sentido. Se um alvo que se mostra utópico à primeira vista, não é o que se busca na experiência humana enquanto realização de atividade prática? Concebemos que as discussões ora em curso problematizam a participação ativa do trabalhador no modelo de gestão e organização do trabalho como uma estratégia de vitalização da saúde mental. Pesquisas demonstram o quanto modelo hegemônico de saúde ocupacional ainda presente no Brasil tem tendência contrária de ação e prática, tornando-se menos utópica. É notório que “(...) ao longo do tempo, com as mudanças na condução da gestão, é possível identificar uma inflexão no sentido de um redirecionamento das bases do modelo de saúde do trabalhador para o modelo mais conservador da saúde ocupacional, hegemônico nas relações trabalhistas no Brasil” (MARTINS, M. I. C. et al, 2017, p.1437).

Se, por exemplo, a busca é por uma formação numa língua estrangeira para conseguir empreendimento numa vaga profissional a tendência é se ter interação com pessoas de outras nacionalidades em cursos ou programas de intercâmbio, ouvir textos e músicas similares. Importante delinear nesta problematização que o que está em jogo nesta relação dinâmica e ativa é o quanto se pode realmente falar em saúde mental, discutir sobre saúde mental no campo trabalho, preocupar-se com quem, de quem está neste jogo. Jogo esse em que as regras e limites estão de tal modo articulados e permeados por arranjos, serão estes imunes à participação volátil, instantânea? É mister que necessita de engendramentos que fogem à percepção imediatista, não construída em cotidianidade e obediência a hierarquização. Jogo estabelecido enquanto se joga, sob múltiplas influências e associações, que no nosso caso, saúde mental no trabalho pode asseverar relações de vida afetadas pelas contingências e prerrogativas de valores instituídos enquanto se manifestam. Afinal podemos inquirir, como o adoecimento se manifesta?

Como alçar novos voos em que se alcança melhorias nas condições psíquicas e psicossociais das pessoas em sua vida, notadamente no trabalho? É uma possibilidade? Em 2001, Ruzza⁷ aponta para o paradoxo de nosso século XXI em se querer tornar viável e crível

⁷ É assim em nome da ciência que a história se inverte: querendo pensar outros possíveis, a utopia será apresentada no século XX como um sonho impossível, tal como o testemunham os envios sinônimos dados

tais anseios. A proposta atual é o de apresentar *narrativas* de trabalhadores no sistema de emprego da função pública, permeada por instabilidades e reformas na atualidade. Pela dimensão qualitativa e aprofundamento analítico propõe-se a considerar o processo de adoecimento construído de forma intrínseca com a organização de trabalho pela ausência ou lacunas de contato. Da mesma forma, pela sobrecarga de pressão. Neste particular, o que se materializa nestas múltiplas vozes das narrativas, é a gerência da vida atuando em oposição à terminalidade diagnóstica de adoecimento.

Explorar o adoecimento nas narrativas expõe o quanto a saúde mental está sendo violada e mantida sob suspensão, interdição provocadora de sofrimento. Como esta fragilidade se expressa? Ora, Canguilhem argumenta que a saúde na vida humana é um conceito de “valor” e não de realidade estatística. O conceito de valor incorpora ação contínua.

(...) A saúde é uma margem de tolerância às infidelidades do meio. Porém, não será absurdo falar em infidelidade do meio? Isso ainda é admissível quanto ao meio social humano, em que as instituições são, no fundo, precárias; as convenções, revocáveis; as modas, efêmeras como um relâmpago. Mas o meio cósmico, o meio do animal de modo geral, não será um sistema de constantes mecânicas, físicas e químicas, não será feito de invariantes? É claro que esse meio definido pela ciência é feito de leis, mas essas leis são abstrações teóricas. O ser vivo não vive entre leis, mas entre seres e acontecimentos que diversificam essas leis (CANGUILHEM, G. 2012, p.139).

Concebe-se agora, portanto, doença como não-oposição à saúde, vendo válida a identificação estabelecida entre normal e o fisiológico e o anormal ou patológico (Broussais) pela distinção quantitativa por excesso ou falta de excitação que o homem exerce sobre seus órgãos pelos meios nos quais é obrigado a viver. A doença podemos verificar que não é alteração do normal, mas a totalidade. Explica Canguilhem, “no nível da totalidade individual consciente, em que a doença torna-se uma espécie de mal. Ser doente é, realmente, para o homem, viver uma vida diferente, mesmo no sentido biológico da palavra” (CANGUILHEM, G. 2012, p. 5).

pelo dicionário Petit Robert ao artigo «utopia»: quimera, ilusão, miragem, sonho, devaneio. Vivemos hoje, neste início do século XXI, uma espécie de paradoxo. (RUZZA, Di, 2011, p.117)

2.2 Experiências de adoecimento no trabalho em uma dimensão emergente de narrativas

Com o objetivo de discutir a *possibilidade e a impossibilidade de se falar sobre o trabalho* quando o sujeito se sente pressionado pelo mesmo, o trabalho é analisado pelo ponto de vista da saúde do trabalhador e suas contribuições à Saúde Coletiva. Sendo o trabalho fundamental pra existência humana, busca-se dar visibilidade às diferentes dimensões deste trabalho, em especial aqui, as que impactam em sofrimento aos trabalhadores em sua prática.

Desta forma, a vivência subjetiva do sofrimento caracteriza-se como fase intermediária entre a necessidade de equilíbrio ou bem-estar psíquico e os transtornos da doença mental. Sob esse ângulo, o sofrimento indica, sobretudo, a existência de estado de luta interior do trabalhador contra forças do ambiente de trabalho, na maior parte das vezes ligadas à organização. (COSTA, M.C. T., CRP-MG, 2016, p.130)

Trabalho esse que por ser mutável e dinâmico, incorpora sempre as tentativas de renormalizações da vida, estas concebidas dentro do contexto social em seu entorno enquanto transformações possíveis. O centro da questão em jogo é o trabalho em si, não o trabalhador como foco de responsabilização. Neste entendimento, debates sobre processo de trabalho se torna passagem imanente e regular.

O trabalho sofreu diversas mudanças de significado ao longo da história: no início era visto como algo penoso; hoje, representa o valor social do indivíduo na sociedade. Os avanços tecnológicos, em princípio com o objetivo de “humanizar” a vida, têm colocado o homem numa situação paradoxal. Se, por um lado, hoje é possível trabalhar em condições mais amenas fisicamente, por outro, a ciência manipulada das relações humanas pretende afastar o sentido de alienação e não a própria alienação. (EBERT, M., 2016, p.11)

Para instaurar um debate profícuo nos estudos nas relações saúde/doença e mais ainda, sofrimento/saúde mental , podemos apontar a noção de intervenção e participação dos trabalhadores como uma relação necessária e essencial à prevenção do adoecimento no campo de trabalho. Ressalta-se a importância da experiência dos trabalhadores como forma da escuta ser dinamizada e provocar dinâmicas na relação, revelando os saberes que são organizativos e organizam a vida. É assim a participação ativa, a participação

(...) entre [seres] semelhantes, significando isto que qualquer proposta transformadora deveria edificar-se a partir de um reconhecimento recíproco de que cada parceiro é primeiramente um ser como vós, envolto em debates silenciosos do tipo segurança/rapidez, entreajuda e velocidade de execução, (...) singularização do serviço ou sua standardização (...). (SCHWARTZ, 2000, p. 9, tradução livre)

A participação ou protagonismo dos participantes se estabeleceu nas observações participativas na instituição hospitalar, registro em diários de campo e entrevistas individuais, face a face com os funcionários. A sistemática foi a organização de um ambiente favorável ao contato para que falasse sobre seu trabalho, tendo o ponto de vista da atividade como balizador de suas condições de trabalho e as potencialidades advindas desta contínua dinâmica. Podemos perceber essa dimensão da atividade de trabalho como um debate permanente, sendo pois, atividade

(...) definida como um debate permanente entre normas antecedentes e tentativas de renormalização, renunciando portanto a uma estrita execução de normas heterodeterminadas, a um uso de si por outros. Tal não acontece, no entanto, como um desafio às relações de poder instituídas, pelo contrário, é mesmo uma condição de vida e de saúde ser-se, pelo menos parcialmente, autor de uma normatividade compatível com o que o encontro com o que o meio exige e com o que é possível a cada um (CUNHA, L. 2011, p.91).

Consideramos que o debate permanente ocorre no encontro do sujeito nas condições de trabalho em que se encontra, trazendo portanto, a dimensão da atividade como uma participação ativa do sujeito. Essa participação ativa é a que concebemos como aspectos referentes à relação entre saúde mental e trabalho, inclusive entre aqueles que, na década de 1980, tiveram uma participação importante na incorporação do campo da Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS) que desde a Constituição de 1988 prevê como princípios a todo ser humano a Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde.

Esses conceitos são importantes de serem apontados para se considerar como debate frutífero o modo de adoecimento dos trabalhadores em seus ofícios, identificados às suas condições de vida e trabalho. Assim, faz-se mister incorporar as variáveis componentes das políticas públicas voltadas para a saúde dos trabalhadores, que tenham base na integralidade, tais como prevenção, promoção, proteção, recuperação e reparação dos danos à força de trabalho.

É incorporar a correlação entre cidadania e direitos assegurados em saúde ao conceber que

(...) “a constituição de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080) de 1990 introduziram um conceito ampliado de saúde (art. 196) entendida como direito de cidadania devendo ser garantida pelo Estado através de políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e outros agravos, além disso, que seja garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços do sistema Único de Saúde.” (MENDES, J. et al, 2005, p.6)

Em estudos sobre saúde mental relacionada ao trabalho – SMRT – considerado como um problema de saúde pública, a marca *primax* é a flexibilização e precarização do trabalho na modernidade. Ainda que não tenhamos um quadro completo das ações em saúde mental e trabalho no SUS, é evidenciado essa pauta de discussão nos encontros dos Centros de Referências Especializados em Saúde do Trabalhador - CEREST's cuja finalidade é a de ampliar a Rede Nacional de Atenção à Saúde dos Trabalhadores (RENAST), integrando os serviços do Sistema Único de Saúde-SUS, voltados à Assistência e a Vigilância, de forma a congregar/unificar os esforços dos principais executores com interface na Saúde do Trabalhador, tendo como objetivo atuar, prevenindo, controlando e enfrentando, de forma estratégica, integrada e eficiente, os problemas de saúde coletiva como as mortes, acidentes e doenças relacionados com o trabalho.

Pretende-se assinalar que a culpabilização das manifestações de sofrimento dos trabalhadores é um modo segmentado de dissociação da saúde mental como eventos internos ao sujeito, dissociando-o das condições objetivas de trabalho em termos organizacionais e estruturais.

A análise integrada do processo de trabalho

compreende as configurações gerais dos processos de produção (políticas, econômicas, tecnológicas e sociais), as características específicas dos processos de trabalho (matéria-prima, artefatos, procedimentos etc.), as cargas e riscos do ambiente de trabalho (físicos, químicos, biológicos, ergonômicos), os aspectos da organização do trabalho (divisão de tarefas, hierarquia, modalidade de gestão, jornadas, turnos, ritmo e intensidade das tarefas, pausas), o nível da atividade e trabalho real (vivências, criações, sofrimentos, defesas, produção de novas normas) (LEÃO, L.H.C, MINAYO, G. C., 2014 p.4653).

Se a saúde mental não está desconectada da saúde em geral, não pode ser confundida com adaptação de um sujeito passivo a quaisquer normas. Antes sim, apreender a variabilidade de associações e interações entre as expectativas macrossociais e avaliações decorrentes da subjetividade individual em contexto com determinantes múltiplos e inter-setoriais de saúde. Um campo ativo e dinâmico em dimensões éticas, políticas e ideológicas sem resolutividade imediata e carentes de compreensão ampla.

Como estado ideal, a saúde depende da harmonização da variabilidade biopsicossocial no percurso existencial e social da vida do sujeito e do processo saúde e doença e, neste sentido, *a saúde mental é a liberdade de ter os meios de ação para atuar e não se subordinar*. A própria OMS afirma que não existe definição "oficial" de saúde mental. Diferenças culturais, julgamentos subjetivos, e teorias relacionadas concorrentes afetam o modo como a "saúde mental" é definida. Saúde mental é um termo usado para descrever o equilíbrio emocional (esforços ara atingir a resiliência

psicológica) entre os desejos internos e subjetivos e as exigências ou vivências externas.(LUCCA, 2017, p.153)

O interesse pela pesquisa sobre afastamentos por problemas de saúde mental é crescente, destacando o conceito de desgaste mental por Seligmann como sendo a perda da capacidade potencial e/ou efetiva corporal e psíquica do trabalhador. Apresenta o fortalecimento ou vulnerabilidade no processo de saúde/doença psíquica relacionado ao trabalho.

“Devemos, portanto, compreender a complexidade dos diversos patamares, para que os aspectos do trabalho – que podem afetar a saúde mental do trabalhador – sejam tomados como objetos de reflexão, pois, apesar das discussões e dos estudos sobre o tema, os adoecimentos no trabalho continuam em crescimento, configurando-se como um importante problema de saúde pública na atualidade.” (SILVA, M. P. 2016, p.3)

As correlações na esfera do cotidiano mais próximo e nas determinações sociais no entorno nos faz considerar a noção de desgaste mental criado por Seligmann como importante pela perspectiva de salientar que *transformação* ocorre devido às *mudanças de situação de trabalho* decorrentes de alterações nos processos de trabalho e nas formas de administração de pessoas.

Nos estudos sobre desgaste mental relacionado ao trabalho tem sido revelados prejuízos (perdas) tanto de ordem cognitiva quanto de ordem psicoafetiva. Os sentimentos e os relacionamentos humanos são afetados — no trabalho e inclusive na família e na esfera comunitária. Esse conceito permite também o entendimento da *fabricação* dessas alterações nos vários patamares da vida social — a partir de determinantes do patamar ou esfera *macrossocial* (dos poderes dominantes na economia mundial) — até o *microsocial* do local de trabalho onde está cada trabalhador/a — passando pelos espaços intermediários — regionais, nacionais, locais e de cada empresa onde diferentes normatizações e culturas tecem as correlações de poder que condicionam os contextos e situações concretas de trabalho — e o desgaste poderá ser ou não favorecido conforme essas correlações. (SCHMIDT, M. L. G., 2017,p. 103)

Ficam evidenciadas as correlações de poder subjacentes a todo tempo e lugar, o que nos faz continuar a nos perguntar sobre até que ponto a saúde *no trabalho está incluída na saúde pública?* Pode-se argumentar que há nítida transformação? Nossas inquietações demonstradas ao longo do caminho, perfizeram salientar sobremaneira a organização do trabalho enquanto modo de gerenciamento das relações humanas em indicadores de produtividade e meritocracia, numa suposição igualitária comparativa sem considerar as questões subjetivas de inserção e contextualização social. A consistência igualitária aparente de chances organizacionais não deixam traduzir, no entanto, a regulamentação e arbitrariedade cotidiana.

Não é à toa que na Saúde Pública anuncia-se uma epidemia de distúrbios psíquicos. O discurso do gerenciamento pela qualidade é circular e enlouquecedor em suas inúmeras ambiguidades. A lógica qualitativa do discurso choca-se com a lógica quantitativa da prática. Enaltece-se o valor humano e busca-se o lucro máximo a qualquer custo. (GAULEJAC, V., 2012, p.288)

Concebemos que nossa pesquisa assinala narrativas sinalizadoras de (des)conexão da saúde ou saúde mental na função pública quanto a submissão a regras normativas individuais de diagnóstico da saúde mental, desconectadas da abrangência ampla de desenvolvimento ou prática organizacional.

Os modos de trabalhar predominantes no contemporâneo valem-se de novas maneiras de dominação, através da captura da subjetividade dos trabalhadores a favor dos interesses produtivos. Dessa maneira, os modos de viver na sociedade atual têm se associado aos modos de trabalhar exigidos para atingir os objetivos produtivos do capitalismo flexível. A produção de um trabalho como o tal não se separa da produção dos sujeitos trabalhadores adequados a ele. Articula-se o eixo da passagem do tempo, enquanto envelhecimento no campo do trabalho no qual os estudos indagam a respeito dos modos como os sujeitos vivenciam e dão sentido à estas experiências de trabalho, assim como a forma com que as relações e os contextos de trabalho produzem determinados modos de constituição dos sujeitos (TITTONI; NARDI, 2012).

As perspectivas de debates tendo concepção de saúde (CANGUILHEM, 2001) relacionando com saúde mental e perspectiva do trabalho é visto como um importante dispositivo criador de alternativas de vida, com potência de transformação de si e do mundo. O fundamento do conceito de *Saúde* proposto é o de que ter saúde não significa estar livre de doenças, ou estar em uma condição estável de sobrevivência, mas se relaciona a uma constante possibilidade de renormatizar. O viver saudavelmente relaciona-se à criação de novas normas de vida, uma recriação constante das formas de viver. Assim, um sujeito saudável é normativo no sentido de que sempre que se depara com uma cristalização, um engessamento na forma de agir (nesse caso, de trabalhar), ao invés de ficar confinado ali e apenas seguir aqueles parâmetros, se permite inventar novas formas de agir, sendo capaz de seguir novas normas. O viver, então, de certa forma, é criar normas, e o problema é não poder ser o sujeito das normas.

A essa linha de entendimento de saúde, relaciona-se o *poder de agir*, afirmando que saúde é um poder de ação sobre si e sobre o mundo, adquirido junto com outros. A saúde, desse ponto de vista, não é conservar-se sem modificações, mas usar das possibilidades do que se

pode vir a ser para lidar com as contingências vitais. Entra aí, então, uma aposta que possa ajudar os trabalhadores a superarem o estancamento nas normas existentes e se reinventarem, sendo verdadeiros sujeitos das normas, expandindo coletivamente seu poder de agir. Nesse processo de renormatização dá-se uma experiência. Nesse sentido, a experimentação da prática de crítica na atividade de trabalho estaria ligada à expansão do poder de agir, e logo, da produção de saúde, ligada à invenção de novos meios para viver. Cabe, ainda, nos valermos do conceito de experiência, em Walter Benjamin para nos fazer pensar, analisar o que denominou de processo de pobreza da experiência ao advertir que já não se tem narrativas (BENJAMIN, 1992, p.28).

Nesse sentido, o entendimento da experiência aproxima-se da concepção de atividade conforme referida acima. O trabalho na dimensão da atividade, de renormatização e de criação de novos modos de trabalhar e viver, implica uma experiência, no sentido de algo que é vivido de maneira a transformar a história dos sujeitos. Analisar a experiência de trabalho, dessa maneira, implica interrogar como pelo e no trabalho algo tem se fabricado para si mesmo. A produção de crítica quando se apresenta questões de *retorno* ao trabalho pode valer-se da experiência *no* e *pelo* trabalho como forma de trazer indagações e questionamentos vitais ao campo da relação trabalho e saúde.

Para tanto, faz-se necessária a utilização de métodos que permitam realizar a investigação acompanhando a própria processualidade do objeto de estudo e compreendendo que a pesquisa e a intervenção se dão ao longo dos mesmos movimentos, não sendo completamente discerníveis (ROCHA; AGUIAR, 2003). Estar em atividade de diálogo possibilita, dessa forma, a construção efetiva de novos modos de viver/trabalhar, através do fortalecimento da dimensão coletiva do trabalho. Incorpora a natureza de processualidade entre pesquisa e intervenção essencial ao fenômeno que se debruça e quer investigar, tensionando conceitos arraigados, revendo as alternativas, aberto ao que se apresenta.

Considera-se que o debate em torno da saúde do trabalhador possui diversas concepções, entendimentos conectados com *saúde coletiva* enquanto campo disciplinar, necessários ao planejamento, gestão e promoção em saúde. Essa promoção em saúde incorpora tanto a prevenção quanto a proteção da saúde individual e coletiva. Supõe repertório social de ações preventivas de riscos e doenças, fomentadoras da salubridade, que contribui para a redução dos sofrimentos causados por problemas de saúde-doença.

Nesta questão em especial, configura um campo que é parte da coletividade em relações de capitalismo estabelecido por produtividade e status de *mercadoria*. O processo de subjetivação daquele que se percebe *excludente*, muitas vezes, é o de que *precisa adoecer ou ter um status de adoecimento* para que os afastamentos do trabalho sejam balizados mediante a tutela do laudo construído, ou seja, possam ser devidamente reconhecidas na dinâmica institucional existente. Espera-se poder conseguir entrecruzar narrativas desses sujeitos em seus processos de subjetivação, juntando fragmentos para ampliar as vozes, argumentos e possibilidades presentes neste pesquisar em conjunto com “o outro” vivo e vivido na relação.

As instituições sociais por estarem vinculadas ao universo da produção, possuem elementos da organização do trabalho que diminuem a coesão e proteção coletiva nos laços que vinculam os seres humanos na situação de trabalho, causando a fragilização social. As pessoas necessitam estar inseridas num fundamento de mercado, por assim dizer.

Ora, é a própria lógica de acumulação capitalista que, ao promover mudanças tecnológicas e enxugamentos organizacionais, torna pessoas economicamente descartáveis – o que é um dos fatores principais (ou muitas vezes o principal) da exclusão social reconhecidos pelos autores que trabalham com o tema. (LEAL, G.F. 2008, p.237)

O homem que vive do trabalho se encontra sem proteção no tocante à saúde e desta, em relação ao trabalho por estar interconectado ativamente com os espaços de trabalho. Ao se ter uma relação próxima e inequívoca com o trabalho, as questões de sua saúde ficam em segundo plano, por assim dizer, ao estar vinculado ao espaço de trabalho enquanto materialidade objetiva e concreta. Conforme se percebe na dimensão do tempo explorado no trabalho, “o adoecimento caracteriza o agravamento da situação vivida no ambiente de trabalho, evidenciando múltiplos desenganos e confrontos com a subjetividade, culminando na destituição das competências profissionais e transformando o trabalhador em paciente” (COSTA, M. C. T., 2016, p.132).

Mostra-se desta forma, a conexão entre as atividades econômicas, vistas ideologicamente como necessárias e únicas no mundo imperativo neoliberal, capturando a subjetividade do trabalhador, já apresentada por sociólogos e cientistas sociais (HELLER, 2009, ALVES, G.,2000).

No sentido de apresentar a transformação do trabalhador em *paciente*, estar adoecido na dinâmica de trabalho, um rico dispositivo utilizado é a *experiência* mediante *narrativa* advinda dos contatos, observações e entrevistas realizadas. Nessa perspectiva, configuramos

não se referir a simples demonstração e explicação de como o trabalho é realizado, mas tratando-se já de uma construção, na qual se abrem possibilidades de produção de crítica e transformação do trabalho e de si mesmo.

Novos atores sociais – mulheres e deficientes, por exemplo – passam a interferir nas questões do trabalho, pois o trabalho imaterial os abarca. Com isso, percebe-se o aparecimento de solidariedade, enquanto sentido de coesão grupal crescimento do trabalho para locais que antes não eram considerados. Esta é a caracterização que estamos constituindo ao abordar questões de incapacidade temporária ou permanente do trabalhador ao ocupar-se com as limitações no retorno ao trabalho. Retorno ao trabalho pode ser forma de legitimação ou dificuldade quanto a sua participação como trabalhador.

Ao se debruçar sobre o *retorno* ao trabalho após longos períodos de ausência com incapacidade temporária derivada, o protagonismo se anuncia na legitimação ou dificuldade surgida como protagonismo. A subjetividade está presente. E assim, trabalho imaterial deve ser considerado como atividade inserido num contexto. O trabalho imaterial é conceito que entra em cena nos dias atuais. Na indústria a riqueza não vem mais do tempo e quantidade de trabalho, porquanto outros fatores assumem papel decisivo, como a ciência. Estes surgem no bojo do tempo livre, do não-trabalho ou do trabalho imaterial.

Isso instaura uma contradição do capital, que reduz tempo de trabalho a mínimo, mas depende dele como única fonte de reprodução. Entretanto, o trabalho imaterial é crescente. “O empreendedor hoje, deve ocupar-se mais de reunir os elementos políticos necessários para a exploração da empresa do que as condições produtivas do processo de trabalho.” (LAZZARATO e NEGRI, 2001, p. 32). Há concepção de que a subjetividade funciona como máquina produtiva de exploração e ação, produção inesgotável presente no corpo e cérebro sempre atuante e balizador da imaterialidade, o que se convencionou chamar de capital humano valioso.

Ponderamos que no “ciclo da produção imaterial” são mostradas características da fase pós-taylorista, confrontando-as com a produção da “grande indústria e dos serviços”. Na primeira, tem-se a substituição da produção material do trabalho pelo tratamento da informação, venda e relação com consumidor, comercialização e singularização. Existe integração entre o consumo e a produção, sendo que aquele determina esta.

É o trabalho imaterial que atua na subjetividade e na ideologia do consumidor-informador. Criam-se padrões de identificação, nicho de consumo e desejo. Modelos estéticos

criados são utilizados pelas indústrias. A produção capitalista acaba por invadir todas as esferas da vida privada, derrubando barreiras, referindo-se tanto com o trabalho *stricto sensu* como com o que antes era não trabalho, mas que hoje é a maior fonte de reprodução da riqueza (ciência, tempo livre).

O trabalho passa a ser ligado a redes e fluxos, com integração e independência. Com as novas tecnologias, formam-se produtos ideológicos, com novas maneiras de ver e sentir. A mercadoria passa a integrar o grupo. As consequências disso são que, primeiramente os valores são colocados ao trabalho. A transformação do produto ideológico em mercadoria desvia o imaginário social que se produz nas formas de vida. E em segundo lugar, são formas de vida, presentes nas suas expressões coletivas e cooperativas, que constituem a fonte de inovação.

Percebe-se que as relações de *poder* são determinadas por este novo modelo capitalista pós-fordista, permanecendo imunes à qualquer outra forma de codificação ou influência. Destarte, impera em todos os campos, essencialmente, a lógica do capital-dinheiro.

Há vários temas que circunscrevem a problematização do trabalho, como redução do tempo de trabalho e redistribuição de renda. Nisso, faz-se uma crítica ao capitalismo do trabalho e da política, bem assim da criação política e subjetivação de suas próprias formações. Pode-se apontar duas principais correntes na tentativa de debater essa problematização. A primeira afirma que mesmo as principais mudanças já ocorridas na esfera do trabalho desde a década de 1970 não centralizam a discussão acerca do fundamental trabalho nas indústrias, ou seja, da classe operária, e muito menos de seus modos de estruturação e subjetivação. Para essa corrente, faz-se necessário soltar o trabalho da presa da indústria capitalista para assim distribuí-lo. Já a segunda, tem o intuito de abarcar essas mutações do trabalho, tanto do ponto de vista objetivo da crise do “valor trabalho” – em que o capitalismo emprega menos trabalhadores para produzirem mais riquezas – quanto do ponto de vista subjetivo, em que o local do trabalho deixa de ser um ambiente de realização pessoal profissional do empregado e passa a ser único meio de sobrevivência.

Com a crise do *valor trabalho*, o capitalismo passa a cuidar não apenas da relação que ocorre no âmbito interno da empresa durante a jornada de trabalho, mas também passa a atingir as relações sociais “externas” à empresa, no que diz respeito às esferas culturais, relacionais, artísticas, educativas, ambientais, e outras. Aqui tem pertinência a crítica de Marx, o qual, de forma original emprega conceitos como “trabalho vivo” e “força de trabalho” permitindo que se repute ao funcionamento do capitalismo não apenas a organização do “tempo de trabalho”,

mas abrangendo também o completo “tempo de vida” – como atividades culturais, educacionais, relacionais, e assim por diante. A base de produção do sistema capitalista, ao mesmo tempo que abarca a estrutura e seus respectivos sujeitos, deixa entre esses uma lacuna de mediação, chamada de linguagem, tornando-a parte da concreta divisão do trabalho. Percebe-se, pois, que a real crise do “valor trabalho” encontra-se fundada no “fim da capacidade de reconduzir sempre a contradição entre *trabalho vivo* e *trabalho* no interior do *trabalho que cria valor*.”

Neste sentido, o trabalho autônomo surge como nova fonte de produção e, ao mesmo tempo, nova forma de exploração do sistema capitalista. Isso porque, o trabalhador autônomo acaba por estar trabalhando permanentemente, pois mistura o tempo dedicado ao trabalho com o dedicado à vida, como lazer e cultura, por exemplo.

Entretanto, pelo fato de ser realizado e limitado pelo próprio trabalhador, existe uma autonomia que reflete diretamente na elasticidade para estabelecer relações de cooperação, inovação e gestão.

Nessa toada de mudanças, encontra-se o avanço visível do sistema capitalista tendo como produto central de comercialização a linguagem e comunicação, passando também a serem vistas como produto. O trabalho imaterial, pois, é o próprio trabalho vivo no contexto linguístico.

A dificuldade está em definir o que seria o real trabalho vivo, e não o trabalho, isto é, definir quem realmente produz novos valores e de que maneira o faz. A quebra nos limites que separavam as esferas do trabalho, da ação e da linguagem encontra explicação no fato de ter surgido uma nova qualidade do trabalho para o período pós-fordista, transformando a linguagem em força vital de impulsão do capitalismo moderno. Propõe-se, assim, pensar esses novos modos de produção “materiais” e “imateriais”, de modo a estabelecer posições estratégicas que permitam o andamento dinâmico e hegemônico entre eles.

Desse modo, o *sujeito-que-trabalha*, como é nomeado por Alves (2011), torna-se sujeito e sujeitado a um processo explorador de si mesmo. Ao adoecerem, estes se encontram em situação de vulnerabilidade social, tanto no que tange ao sofrimento em decorrência da sua capacidade física ou psíquica, quanto à falta de acesso aos direitos sociais e aos serviços especializados em Saúde do Trabalhador (ST). O Trabalho é convertido numa das possibilidades de constituição do ser social pela mediação entre o homem e a natureza, uma invenção humana na qual o cotidiano se apresenta potencializador de ser reproduzido e atuante.

Nesta medida, Antunes (2003) refere que a estratégia do capital é o controle não só da corporeidade física, mas, igualmente, da dimensão psíquica e espiritual. Refere o autor (2003, p.129): “*Mascaram-se as relações sociais existentes entre os trabalhos individuais e o trabalho total, apresentando-as como relações entre objetos coisificados*” (ALVES, G. 2003,p.129).

Consideramos ser esse tema bastante atual e, em especial, no grupo de trabalhadores que são trabalhadores servidores públicos federais numa instituição de ensino, com padrões culturais próprios da organização tradicionalmente hierárquica que trazem igualmente, de conceitos de desqualificação e preconceitos inseridos. Dentre as convicções, destacamos a imagem pouco reconhecida e até mesmo marginalizada do servidor público, qualificado como *mau funcionário* e fraudador de licenças médicas. Tittoni (2005) aponta os dilemas existente pela importância dada a competitividade, sempre visando ao aumento da produtividade no segmento público, similar ao da entidade particular. A imagem do funcionalismo da administração pública como fraudador e autorreferente em suas atitudes se alia a imagem de baixa qualidade em sua performance, havendo delegação de responsabilidade a si pelos insucessos sofridos por considerar ser ineficiente. “A prática de concessões de FGs e CCs⁸ corrobora a ideia de uma gestão que estimula a competitividade e a instabilidade dos servidores, responsabilizando os próprios funcionários pela perda de função e conseqüente diminuição da remuneração. Dessa forma, a utilização desses meios de gestão em órgãos públicos reforça princípios de gestão da qualidade total, onde o funcionário é o principal responsável pela qualidade do seu trabalho e, inclusive, pela sua própria demissão, caso não esteja ‘suficientemente qualificado’. (TITTONI, J. 2005, p.71).

A situação de restrito reconhecimento externo e de fraudador pode ocultar o processo de adoecimento em curso. Uma das grandes dificuldades é a verificação de que os servidores têm um regime estatutário totalmente garantido por Lei que, na sua efetivação, confere uma permanência institucional longa já que a garantia de emprego é referendada pelos entraves existentes em ser demitido ou exonerado. O servidor possui inúmeras possibilidades de trajetória institucional interna até que seja indicada exoneração final, numa clara alusão ao quanto podem ter seus direitos garantidos. Ainda assim, algumas reflexões surgem, dentre as quais, as de: como o servidor pode ser demitido? Como lidar com esta realidade no contexto institucional? É possível mudar o trabalho? Faz ainda merecer ressalva que as condições legais

para efetivação de exoneração no serviço público federal são complexas, havendo necessidade de extensivas auditorias internas, processos administrativos e incidências criminais comprobatórias subjacentes à realização de processos judiciais. Como a problematização do servidor público federal nomeado, caracterizado como “adoecido” pelas LTS se contrapõem ao retorno ao trabalho, quando novamente se depara com um contexto laboral entre pares, submetido ao gerenciamento público de modos de funcionamento derivados da instituição privada quanto a avaliações de desempenho e cumprimento de normativas.

3 ESTRUTURA DE TRABALHO NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

3.1 Práticas em saúde mental do trabalhador: o servir institucional inclui vida no retorno ao trabalho?

A estrutura ou sistema de trabalho e emprego na administração pública nos leva a considerar vínculo pela administração direta, numa relação jurídica estatutária, respondendo dentre cerca de 90,3 milhões de brasileiros ocupados no último trimestre de 2016 por 12,5% como empregados do setor público e quase metade (49,3%) empregada no setor privado. A maior parcela (37,7%) com carteira de trabalho assinada, segundo dados do Anuário do Sistema Público de Emprego, Trabalho e Renda 2016 fornecido pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE, p.12). Os trabalhadores na esfera pública são igualmente submetidos à lógica do capital enquanto sistema de contratação e subordinação hierárquica, de produção de bens e serviços porém, com regras próprias ao funcionalismo enquanto administração geral.

Nesta lógica, encontra-se hoje um modelo de trabalho no qual é exigido do trabalhador não apenas a venda da sua capacidade física por um número de horas determinado visando a produção de bens materiais, mas também um envolvimento profundo de suas capacidades corporais, intelectuais, criativas, afetivas e comunicacionais, objetivando a produção tanto de mercadorias materiais, quanto de produtos intangíveis (GRISCI, 2011). Constitui a concepção imaterial de análise do trabalho, a dimensão que extrapola os bens materiais imediatos de acumulação econômica. Esta caracterização aborda as transformações do trabalho no contemporâneo, referentes à passagem do modelo de acumulação taylorista-fordista à acumulação flexível de capital.

Destaca-se nesse contexto o chamado trabalho imaterial (LAZZARATO; NEGRI, 2001), cuja produção resultante engloba elementos imateriais tais como informação, sentimentos de confiança, conforto, tranquilidade e satisfação. Essa espécie de trabalho, cada vez mais característica da realidade laboral contemporânea, tem a intensificação do trabalho, tanto em termos quantitativos quanto qualitativos, como uma de suas marcas. Dessa maneira, a separação entre tempos, espaços e habilidades consideradas de trabalho e de não trabalho torna-se bastante volúvel, uma vez que o trabalhador é convocado a empenhar-se para a produção laboral intensivamente, valendo-se de suas aptidões físicas e subjetivas.

Percebemos a intensa publicação de estudos em saúde mental na atualidade, como por exemplo, o de pesquisadores na Nova Zelândia dando ênfase a descoberta de que mais de 80% das pessoas irão sofrer com algum tipo de transtorno mental como ataques de ansiedade ou abuso no consumo de substância sem conjunto com a crise de meia-idade(que, segundo outros estudos, começa aos 35 e termina aos 58). A pesquisa, publicada no *Journal of Abnormal Psychology*, teve a participação de 988 voluntários nascidos entre abril de 1972 e março de 1973 em Dunedin, na Nova Zelândia. O que mais surpreendeu os cientistas, no entanto, foi que os voluntários que apresentaram boa saúde mental não são privilegiados pela sociedade ou pela genética. Na idade adulta, as pessoas com boa educação, emprego e relacionamentos satisfatórios eram também os mais mentalmente estáveis. É de se problematizar portanto, que a correlação entre condições desejáveis obtidas pela carga de herança recebida ou pelo ambiente circunscrito não equivale a ter requisito de saúde mental na mesma ordem de importância. Corroborado com levantamento de questionamentos quanto a necessidade de criteriosas explorações qualitativas de análise e enfoque múltiplo da concepção de saúde mental, sobremaneira dos trabalhadores nas organizações de trabalho (DEMARTINI, M., Revista Exame, 2017).

Em contrapartida, este trabalho é permeado de ansiedade e preocupação, que se pretende assinalar e compartilhar conseguir viabilizar uma escrita pura e simples que possa atingir uma expressão de reflexão positiva num movimento tradutor de idéias em rede. O questionamento é aquele de indagar-se se estar pesquisando sobre algo que “nos açoita a carne” vai conectar-se às questões que não nos parecem ser simples inicialmente, pelo contrário, complexas e impregnadas de mitos, já que uma metáfora corrente é quanto a noção de *implicação* na experiência vivenciada revelar ansiedades pertinentes ao campo trazendo incertezas, mas igualmente a transitoriedade do estabelecido.

Configuramos que a experiência pode se desenvolver, ainda, pela confrontação com os conceitos produzidos nas diferentes disciplinas e estes últimos pelo confronto com a atividade prática, que não está pré-constituída nos sujeitos nem é decretada pelo pesquisador (TEIXEIRA, D. V. 2009, p.88). É o fato de elaborar tensões e formulações sobre um assunto ou “campo-tema”, como afirma Spink⁹ (2003), com o qual convivemos com preocupações o

9

O Campo-tema é visto “como complexo de redes de sentidos que se interconectam, é um espaço criado-usando a noção de Henri Lefebvre (1991)- herdado ou incorporado pelo pesquisador ou pesquisadora e negociado na medida em que este busca se inserir nas suas teias de ação. Entretanto, isso não quer dizer que é um espaço criado voluntariamente. Ao contrário, ele é debatido e

necessário para querermos nos debruçar com um cuidado devido e interesse metodológico responsável, para que esta problematização faça um sentido de potência e vigor crescente. Sendo assim, voltar-se para o serviço da administração pública hoje em dia é estar conectado a critérios de normalização e regulação de condutas, possibilidades estas, amparadas em legislações na esfera federal. Esta normativa do serviço público federal, evidenciada na legislação reguladora de sua categoria, necessita de uma aproximação ao cotidiano vivenciado por estes servidores em seu cotidiano de trabalho, em suas experiências enquanto trabalhadores. Apostamos que este estudo e análise possam ser evidenciados mediante procedimentos metodológicos de *Diários de Campo*, consulta aos *dados documentais institucionais* na *Observação Participante* e criação de *Entrevistas individuais semiabertas* com os trabalhadores. E, então, com relação à compreensão e caracterização do contexto de trabalho incorpora a dimensão subjetiva dos efeitos do trabalho na saúde, centrada na explicitação do vivido no trabalho procurando ter uma análise integrada das relações vivenciadas nesta complexa e dinâmica conexão. Uma relação em saúde do trabalhador que se mostra inclusiva, incorporando a ação ativa desse trabalhador enquanto agente de transformação. Pode-se dizer que é mudança de rota “O desafio que se impõe neste momento é o de rever o SIASS e a própria PASS de forma que ela possa abranger todos os trabalhadores, evoluindo de uma perspectiva de *servidores* para uma de *trabalhadores públicos*.” (MARTINS, M.I.C. et al, 2017, p.1437). A verificação de fatores de riscos incidem em agravos às relações entre o trabalho e a saúde, dando visibilidade à novas formas de organização do trabalho excludentes.

A busca por estar numa relação de análise da própria atividade profissional traz as intempéries e benesses da prática sempre em conexão, em possibilidades inesgotáveis. Como trazer esta compreensão ao leitor? O trabalhador/servidor a serviço de quem? Esse questionamento é presente desde o início, pautado por mobilização de estar trazendo à tona o incomunicável, o não-dito, o pouco-visível, o lado que não se fala. Nada se compara às tendências de seguimento a procedimentos existentes, que trazem conforto à primeira vista. Mas conforto a quem? Quem consegue vislumbrar estar conectado com o previsível e corrente?

Se o conceito de implicação encontra-se permeado de uma nebulosa ideológica por estar com estas conexões atravessadas pela mobilização afetiva, investimento emocional e comprometimento na busca incessante de engajamento na ação profissional. Incorpora o

negociado, ou melhor ainda, é arguido dentro de um processo que também tem lugar e tempo” (SPINK, P.K; 2003,p.28).

engajamento profissional na universidade sede da pesquisa como pressuposição de encadeamento de reações que se afetam, que afetam ações entre si. Conforme análise, vê-se que “O conceito de implicação, usado pelos analistas institucionais, não se sintetiza a uma questão de vontade, de decisão consciente do pesquisador; ele abarca uma análise do sistema de lugares, o apontamento do lugar que este ocupa daquele que ele almeja ocupar e do que lhe é encarregado ocupar -enquanto especialista- com os desafios que isto acarreta” (SANTOS, P. A.C., 2011,p. 8).

Toda esta perspectiva inicial apresentada é para referir que existem muitas histórias, muitas vidas sendo trazidas quando nos propomos a traduzir a experiência vivida e vivenciada com interlocutores que se dispuseram a estar junto nesta empreitada. Uma empreitada múltipla e rica em detalhes, trazidos por tantas histórias, histórias enquanto narrativas de suas trajetórias vividas. Estas histórias ouvidas e trazidas à tona recordam inúmeros casos nos serviços específicos das áreas de recursos humanos, sendo que na imensa maioria das vezes, não são estabelecidos nexos entre as queixas, os sintomas e o trabalho. E, mais frequentemente, sequer são percebidos nas suas queixas ligadas ao trabalho, porque nunca lhes é perguntado sobre isso.

Na questão específica de *retorno* ao trabalho, a revisão da literatura mostra que retorno ao trabalho considera (MAENO; WÜNSCH, 2010, TAKAHASHI, 2008; LIMA, 2011) aspectos biológicos, ambientais e psicossociais, atendendo à necessidade de recuperação e reintegração ao mundo do trabalho, de integração social e de ampliação da qualidade de vida, portanto, é um processo contínuo e integral.

Os estudos mostram que o processo de retorno ao trabalho é lento, dependente de múltiplos fatores e que requer a identificação de quais os fatores que atuam como facilitadores e/ou barreiras para um retorno ao trabalho sustentado. Configura-se como um dos grandes desafios para o trabalhador, não existindo uma sobreposição de importância entre estes, pois o processo de retorno pode ser individualizado como ato contínuo. (YOUNG et al., 2005; SCHULTZ et al., 2007). O processo de retorno sendo incessante, caracteriza-se por uma compreensão de múltiplos dados, desde os individuais aos relativo à política interna. “Os resultados encontrados estão agrupados em três categorias gerais: fatores pessoais, fatores organizacionais e políticas e serviços de saúde relacionados ao retorno ao trabalho” (SALDANHA, 2013, p. 124).

Pesquisas relacionada à alta prevalência das LER/DORT como uma das prevalência em afastamento ao trabalho, tem sido explicada pelas transformações no mundo do trabalho,

onde a organização tem se caracterizada por estabelecimento de metas e produtividade, entre outros, e sem levar em conta os trabalhadores e seus limites físicos (BRASIL, 2006). Pastre et al. (2007) citam que “tais distúrbios podem causar desordens motoras e mentais, resultando em queda de produção e até afastamento do trabalho” (ALENCAR, M. C. B.; OTA, N. H. 2011, p.61).

Dessa forma, o conhecimento sobre o retorno ao trabalho se faz, então, atravessado por experiências e narrativas relativa a integração a equipes e arranjos da organização que já não são mais os mesmos. Referem-se a relações e vínculos de trabalho que se fragilizaram face ao fomento dos modelos individualistas de gestão no trabalho, somados ainda ao longo período de afastamento do universo laboral. O modelo de gestão da iniciativa privada é a tônica vigente no universo público. Poersch e Merlo (2017) argumentam que a problematização acerca deste tema na atualidade chegou a constatação de que a dinâmica do reconhecimento se dá por meio de um olhar externo e não a de verificação entre pares. No entanto, enfatiza a importância do poder criativo do retorno ao trabalho como mobilizador e catalisador de novos modos de vida. É nítida a argumentação quanto às medidas da administração central do funcionalismo público pautar-se por avaliação das condições laborais quanto às limitações e inaptidão funcional. Isso se coloca visto que as restrições são percebidas individualmente, em seu processo de subjetivação, sem conexão com as condições sócio-históricas institucionais.

O retorno às atividades é o retorno do poder de agir, de transformar. A amputação é de ordem simbólica, quando se perdem os coletivos de trabalho, quando a limitação é sentida individualmente. Quando uma atividade perde sentido, quando ela passa a gerar somente indicadores, em detrimento do prazer, da alegria; quando ela é fragmentada, quantificada. Quando uma avaliação é feita sobre a deficiência e não sobre a possibilidade de ação, de criação (POERSCH, A. L.; MERLO, A. R. C., 2017, p.9)

Apontada a problematização, o estar conectada com o atendimento ao trabalhador na função pública em seu cotidiano no momento de incerteza atual, de manutenção das relações de trabalho, das relações interpessoais estabelecidas, o dia de amanhã, o que se pode alcançar dentro desse universo de incertezas e terreno em que não se conhece as regras e normas? As regras e normas existem, porém se alternam, não se sabe quem as detém, quem responde por elas. Esta é a questão que se impõe no cotidiano do trabalhador.

Após transcrição das entrevistas, a metodologia de análise de conteúdo proporcionou separação de eixos temáticos iniciais fundamentais a familiarização ainda com as prerrogativas da pesquisadora mas conectada com as possibilidades do que se avizinhava na coleta ou contato

com as vozes trazidas pelos interlocutores. Aos poucos, foi se caracterizando estas falas e suas diversas nuances, o que se pretendia exprimir, o que está se dizendo sobre esse assunto ou eixo. Anterior à forma de um programa estático e que não admite mudanças durante o processo de análise, quais são os objetivos de investigação? A análise temática ou análise de conteúdo que se empreende metodologicamente avizinha os passos desse empreendimento, em que “O contato inicial com os documentos, a chamada “leitura flutuante” é a fase em que são elaboradas as hipóteses e os objetivos da pesquisa. (...) Ao final, no momento da exploração do material, codificam-se os dados, processo pelo qual os dados são transformados sistematicamente e agregados em unidades” (SANTOS, F. M. dos, 2011,p. 385).

O objetivo da pesquisa foi mostrar ou explorar as suas vivências de experiência do adoecer e esta experiência do adoecer em relação com o trabalho, tendo a implicação de mobilização com o tema pela experiência profissional. A condição é de se ter o certificado de afastamento ao trabalho pela concessão da LTS no Brasil e correlação com o Certificado de Incapacidade temporária para o trabalho (CIT) em Portugal. É o temporário que pode se tornar permanente. É a estrutura da perícia. Se houve a manutenção da atividade de trabalho para se obter envelhecimento com saúde na instituição, algumas pessoas foram ocasionadas pelo trabalho, devido ao trabalho e outras não. Mostrar os afastamentos ao trabalho com suas dificuldades em diferentes momentos. É o “aguentar” com sofrimento com pouca estrutura de apoio. Pessoa adocece e ao voltar, que estrutura lhe é reservada? O que encontra? Sem apoio institucional, consegue sobreviver e produzir, *voltar a funcionar* no seu local de trabalho. Na amostragem em foco estão adoecidos e têm o estigma de serem fraudulentos em seu local de trabalho devido a terem se ausentado deste local, não se tem esta permissão institucionalmente. Têm uma relação de aproximação, de prazer com a atividade de trabalho, não desejariam estar longe e fora do ambiente institucional.

O que queremos responder com a investigação? Há superposição de análises que necessariamente exige o programa Nvivo? Nvivo sem dúvida, pode congrega reunião de dados, facilitar questionamentos e cruzamento de indagações pertinentes, com acessibilidade e inovações nas análises. Percebemos existir questionamento do quanto um sistema software de análise pode dar incursões às percepções e análises que se percebe antes e durante todo o movimento de pesquisa, como refere (...) “Hoje em dia, existem alguns *softwares* que auxiliam, principalmente, nos processos de organização do material e codificação dos dados” (SILVA, A. H., 2015, p.5).

A riqueza da investigação é descobrir este norte, já que a questão do qualitativo é ter essa dimensão superlativa de detalhamentos, que não cabe numa estrutura sustentada com um guia de perguntas. Na dimensão qualitativa o estado de medo e de alerta revelado pelos trabalhadores expressa a percepção de que o sofrimento psicossocial só é percebido quando visibilizado em sintomas e estratégias de defesa que alcançam o estágio de doença mental em si. Dejours (2000) aponta para o sofrimento advindo da organização do trabalho, apreendido enfaticamente nas avaliações médicas e consultas periciais e submetidos a tratamento medicamentoso como regra.

A consulta médica termina por disfarçar o sofrimento mental: é o processo de medicalização, que se distingue bastante da psiquiatrização, na medida em que se procura não somente o deslocamento do conflito homem-trabalho para um terreno mais neutro, mas a medicalização visa, além disso, a desqualificação do sofrimento, no que este pode ter de mental (DEJOURS, 2000, p.121).

3.2 Legislação sobre a saúde do trabalhador na administração ou função pública

A saúde do trabalhador tem como base um sistema de emprego que se articula entre as estruturas sociopolíticas econômicas vigentes na sociedade sendo, dentre elas, acordos e concertos internacionais um grande fórum de debate e espaço de luta. A Organização Internacional do Trabalho (OIT), cuja sigla em inglês é ILO (*International Labor Organisation*), criada no Tratado de Versalhes, após primeira guerra mundial na Conferência de paz de Paris de 1919, instaura uma nova ordem geopolítica de questões sociais notadamente quanto aos direitos dos trabalhadores e entrada na defesa de condições de vida melhores destes, isto é, com “as condições de vida e de trabalho do proletariado” (Villermé, 1840; Engels, 1845). Havendo a necessidade de participação tripartite dos Estados-membros nos debates, num sistema de representação simultânea e permanente, incluindo 1 representante dos trabalhadores, 1 representante do patronato e 2 representantes do respetivo governo, teve o caminho assentado da cooperação, diálogo e concertação entre os países como alvo e regra geral.

Mediante as Conferências Internacionais do Trabalho, muitas questões sociais surgidas após a globalização e impacto da revolução industrial se pronunciaram, como por exemplo, a Convenção sobre a abolição do trabalho forçado (nº 105), em 1957. No entanto, enquanto análise da efetividade, considera-se que muitos acordos são menosprezados e nem são aplicados. Acrescente-se também que a OIT, nestas duas últimas décadas, poucas Convenções

adotou, dada as dificuldades de se realizarem consensos tripartidos. Uma das últimas foi adotada em 2006 e é relativa ao quadro de promoção de segurança e saúde no trabalho (nº 187). No imperativo das forças neoliberais, é de se considerar que a “OIT é a armadura que os trabalhadores podem ainda utilizar contra os desafios da globalização capitalista neoliberal. Mesmo que a sua eficácia seja reduzida e tende cada vez mais a ser simbólica” (LEITÃO, R., 2016, p.109).

O campo da Saúde do Trabalhador possui diversas concepções, em que o campo muitas vezes é dado como se fosse apropriação de saberes pré-determinados ou diversas concepções que *não conversam entre si*, ou seja, a tão almejada transdisciplinaridade norteadas por abordagens transversais e intersetoriais vislumbra-se como um alvo distante, pode-se dizer. Como referido em palestra na ENSP/FIOCRUZ, “o discurso da saúde do trabalhador emerge, do ponto de vista acadêmico, político e institucional na saúde coletiva, em contraposição à base conceitual e prática das concepções hegemônicas sobre a relação trabalho-saúde da medicina do trabalho (MT) e da saúde ocupacional (SO). Como parte integrante do campo da saúde coletiva, propõe-se a ultrapassar as articulações simplificadas e reducionistas entre causa e efeito de ambas as concepções que são sustentadas por uma visão monocausal, entre doença e um agente específico; ou multicausal, entre a doença e um grupo de fatores de riscos (físicos, químicos, biológicos, mecânicos), presentes no ambiente de trabalho” (FILHO, H. R. C., 2009).

Nessa questão em especial, configura um campo que é parte da coletividade em relações de capitalismo estabelecido por produtividade e status de “mercadoria”. Em cada tempo histórico, tem-se noção de processo nos modos de subjetivação, como

pode-se perceber, por conseguinte, que, no decorrer da história, os modos de subjetivação sofrem as mais variadas transformações. Nessa perspectiva, interessado em compreender a problemática da produção do sujeito nos dias atuais, Foucault comenta as lutas políticas que se fazem necessárias em nosso tempo. (MANSANO, 2009, p.114)

Nesta visão contínua, concebemos que o entendimento dos modos de subjetivação enquanto processo, caracteriza ao trabalhador a percepção de excludente, muitas vezes, a informação de que “*precisa adoecer ou ter um status de adoecimento*” para que as LTS, mediante a tutela do laudo construído, possam ser reconhecidas na dinâmica institucional existente. Espera-se poder conseguir entrecruzar narrativas desses processos de subjetivação, juntando fragmentos para ampliar as vozes, argumentos e possibilidades presentes neste meu pesquisar em conjunto com “o outro” vivo e vivido na relação.

Estar interessados em compreender o impacto, efeitos e sentidos na *saúde mental* dos servidores públicos federais em seu *retorno* ao trabalho após longos períodos de LTS nos remete a considerações enquanto espaço, tempo e ideias construídas no imaginário social a respeito de loucura, doença mental e saúde mental. Se este é um universo complexo e contraditório quanto à compreensão do fenômeno, procedimentos técnicos adotados e saberes construídos ao longo do tempo, é importante considerar revisitado tema em AMARANTE¹⁰, “o quanto este é um campo carregado de estigmas e preconceitos” (AMARANTE, 2015, p.12). Equivale a estarmos voltados para um processo de desconstrução de uma ótica que aponta relações humanas baseada no diagnóstico, sintoma e doença para caminhar em direção a um sentido de incursões e apostas teórico-metodológicas em pressupostos que vigoram emancipação, autonomia e produção de positividade no sujeito psicossocial. Esta positividade por assim dizer, concebemos como sendo um processo contínuo de invenção de novas formas sociais de agir, ser e lidar com a diferença e o sofrimento humano. Neste caminhar portanto, a correlação saúde mental e trabalho não é evidente e nem linear, envolve práticas e concepções arraigadas e potentes de afirmação na negatividade. A Medicina do Trabalho é o primeiro grande discurso constituidor de práticas voltadas à relação saúde mental e trabalho. Emerge, enquanto especialidade médica, na primeira metade do século XIX, na Inglaterra, em um contexto inicial de industrialização, tendo como um dos principais objetivos contribuir ao estabelecimento e manutenção do nível mais elevado possível do bem-estar físico e mental dos trabalhadores. Como assinalam MENDES e DIAS (1991), as práticas da Medicina do Trabalho tinham como *locus* os ambientes de trabalho, com vistas à adaptação física e mental dos trabalhadores e adequação desses ambientes, com a colocação dos trabalhadores em lugares e atividades correspondentes às suas aptidões ou pela seleção de candidatos mais aptos e que pudessem apresentar menores riscos futuros, como absenteísmo ou adoecimento.

Com base no positivismo, influenciado pelo pensamento mecanicista da medicina científica e da fisiologia, a Medicina do Trabalho sustenta(va)-se, numa concepção centrada no biológico e no individual, no âmbito restrito da instituição, que interpretava as relações entre acidentes e doenças de forma unívoca e unicausal. Esse mesmo pensamento científico e racional

10 “A intervenção cultural tem como objetivo interferir na produção do imaginário social no que diz respeito à loucura, ao louco e ao doente. O saber psiquiátrico, sem dúvida, construiu e legitimou, em grande parte, as representações sociais sobre a questão, vinculando-as às noções de irresponsabilidade, periculosidade, irracionalidade, e assim por diante. A intervenção cultural, principalmente partida dos próprios usuários e dos técnicos que com eles lidam, é uma estratégia fundamental para transformar este imaginário, produzindo uma ruptura com esta escala de estigmas e preconceitos” (AMARANTE, Paulo, 2015, p.38).

conferiu ao profissional médico lugar de grande poder, podendo predizer sobre o trabalho, sobre as condições para sua realização e determinando quem o realizaria. Igualmente, de acordo com MENDES e DIAS (1991) e MINAYO-GOMEZ e THEDIM-COSTA (2011), essa centralidade hegemônica de um saber instituiu aos médicos um lugar que era, ao mesmo tempo, de dependência por parte do trabalhador (e seus familiares), tendo em vista a inexistência ou fragilidade de sistemas de assistência à saúde, assim como de controle direto dos trabalhadores, estando ao lado da administração e gestão.

Com as grandes transformações dos contextos político e econômico mundiais produzidas pela Segunda Guerra Mundial e pela crescente inovação tecnológica, transforma-se a forma de significar as práticas e os limites de atuação deste campo. Embora com bases discursivas semelhantes, a nova proposta buscou ampliar a atuação médica voltada ao trabalhador, com intervenções voltadas ao ambiente de trabalho, agregando referenciais e instrumentos técnicos de outras disciplinas. Constituiu-se, assim, o segundo grande discurso nessa área, a Saúde Ocupacional, que também pautou-se numa perspectiva racionalista e científica.

A Saúde Ocupacional, tendo como base a Medicina Preventiva, constituiu suas práticas voltadas ao ambiente de trabalho, priorizando o controle de riscos ambientais, a prevenção, a proteção, complementando (sem necessariamente substituir) as práticas de adaptação com vistas a intervir na saúde dos trabalhadores. Com base nesses traços mensuráveis, as práticas buscavam adaptar ambientes e condições de trabalho. Com um traço diferencial, a Saúde Ocupacional busca, por seu caráter multi e interprofissional e com a organização de equipes multiprofissionais com práticas com grande ênfase na higiene industrial, relacionar o ambiente de trabalho com o corpo do trabalhador. Outro traço da Saúde Ocupacional é sua busca por uma perspectiva de multicausalidade, a qual considera o conjunto de fatores de risco para a produção da doença, sendo substituída a compreensão de determinação causal (LACAZ, 2007).

Porém, a busca pela multicausalidade da doença (compreendida como resultante da interação constante entre agente, hospedeiro e ambiente), os agentes ou riscos potenciais (objetos e meios de trabalho) são assumidos como naturais, descontextualizados social e historicamente. Essa naturalização produz a repetição, pela Saúde Ocupacional, das mesmas limitações da Medicina do Trabalho no que se refere às intervenções pontuais sobre riscos evidentes e na ênfase na utilização e equipamentos de proteção individual, em detrimento dos

coletivos. Por pautar-se numa perspectiva individualista, a noção de prevenção imputa ao trabalhador a responsabilidade por acidentes ou adoecimentos, justificados como decorrentes de negligência ou ignorância. Outras duas repetições são apontadas por LACAZ (2007), quais sejam, a importância dos exames admissionais e periódicos de empresas e o fato de que as práticas estejam voltadas ao aumento de produtividade, tendo a saúde, portanto, caráter instrumental.

Tecer questionamentos à Saúde Ocupacional e aos limites de sua atuação compõem um conjunto de questionamentos que passam a ser construídas com maior intensidade a partir da década de 60, com a efervescência de movimentos sociais que buscavam a garantia de direitos nas mais diferentes esferas. As críticas tinham por base a argumentação de que a Saúde Ocupacional, em suas análises, não se apropriava de relações que são produzidas na organização do trabalho, como o conteúdo das tarefas e sua fragmentação, o ritmo de trabalho, o controle da produção (suas relações com as altas e quedas da economia), a duração da jornada, as hierarquias e os turnos de trabalho. Devido a isso, a Saúde Ocupacional passa a ser significada como prática que não percebe efeitos silenciosos do trabalho para a saúde do trabalhador. Assim, ela se reorganiza e passa a se dedicar à construção de estratégias de “promoção de saúde”, as quais, segundo MENDES e DIAS (1991), têm ou tinham por base um processo de educação em saúde, com vistas a modificar os modos de vida das pessoas e seus comportamentos, não focando o trabalho e seus processos.

Tais análises evidenciam que os limites das práticas da Saúde Ocupacional se devem a limites epistemológicos, os quais fazem com que, nesse contexto limitado de atuação, a Saúde Ocupacional pouco tem para contribuir enquanto alcance, já que atua sobre indivíduos, privilegiando o diagnóstico e o tratamento dos problemas de natureza orgânica, a partir da visão empirista e positivista trazida da clínica. Dessa maneira pouco espaço há para a subjetividade do trabalhador, tomado como paciente e objeto da técnica, estreitando a possibilidade de apreensão das formas de adoecimento no trabalho na contemporaneidade, cuja causalidade cada vez mais complexa, envolve a organização do trabalho e sua relação com a subjetividade dos coletivos de trabalhadores (LACAZ, 2007, p. 759).

Em resumo, os apontamentos se sustentam na compreensão de que a Saúde Ocupacional não levou em consideração em suas análises a realidade do sistema econômico, auxiliando na manutenção das mesmas relações de poder estabelecidas, contribuindo para a manutenção da “alienação e desinformação do trabalhador, conferindo maior capacidade de

controle do capital sobre o trabalho”, o que decorreu da “informação restrita e da atuação autoritária dos profissionais de saúde no trabalho ou fora dele” (LACAZ, 2007, p. 758).

Se a Saúde do Trabalhador se caracteriza como um discurso que se propõe contra-hegemônico, incorporando abordagens das ciências sociais (MINAYO-GOMEZ e THEDIM-COSTA, 2011), Medicina Social Latino-Americana e da Saúde Coletiva (LACAZ, 2007; PAPARELLI, SATO e OLIVEIRA, 2011), a enunciação da Saúde do Trabalhador se configura em características diferenciais quanto à maneira de compreender como se dão as relações trabalho-saúde/doença, o lugar dado ao trabalhador nas investigações e análises, e a descentralização da figura do profissional de saúde. A concepção atual de saúde do trabalhador entende o social como determinante das condições de saúde, sem negar que o adoecimento deve ser tratado no sentido de que ocorrem divergência de interesses entre capital e trabalho para se pleitear ou caminhar em direção à promoção de saúde e outras ações necessárias, como por exemplo a prevenção. As múltiplas mudanças necessárias neste campo pressupõem o social¹¹ visto como um processo, “*através de uma abordagem transdisciplinar e intersetorial e, ainda, com a imprescindível participação dos trabalhadores*” (MENDES e WÜNSCH, 2011a, p.467). Observamos que a participação dos trabalhadores protagoniza, integra e amplia vozes da heterogeneidade e multiplicidade subjetiva existente no mundo do trabalho.¹² Seligmann (2011) salienta processo de desumanização no trabalho humano ocasionando impactos negativos na saúde humana, sem entendimento dos processos de desgaste humano que tem como cenário as situações concretas e o contexto do mundo do trabalho. A diversidade subjetiva ao não ser integrada a organização do trabalho traz efeitos deletérios ao sujeito trabalhador, em especial, em sua manifestação subjetiva com ressonâncias na saúde mental e física, sinais esses de precariedade indelével, indestrutível. Vizzaccaro-Amaral (2011), ao discorrer sobre o desemprego no Brasil e América Latina, já manifesta preocupação pela crise mundial deflagrada em 2008 e igualmente, repercussões imprevisíveis na saúde humana e demandas de saúde pública e coletiva. “Essa realidade precária do trabalho, além de pressionar organizações e instituições a acordos coletivos que envolvam a redução de direitos e a reversão de conquistas

11 “Pode-se considerar que o social pode ser compreendido no sentido de determinações múltiplas que não consegue se eximir do movimento popular como condição e preocupação, para assegurar a atuação do Estado em favor da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais.” (MENDES e WÜNSCH, 2011, p.467)

12 Mundo do trabalho: a expressão foi utilizada para referir-se a um contexto mais amplo — que além de considerar as situações de trabalho também engloba as correlações de forças presentes no mercado de trabalho em seus diversos âmbitos: internacional, nacional e local (SELIGMAN, 2011, p.16).

históricas, desempenha um importante papel também em questões individuais relativas ao trabalhador, sobretudo no que tange à sua identidade, à sua subjetividade e à sua saúde física e mental, bem como, por extensão, a questões de saúde pública e coletiva (VIZZACCARO-AMARAL, 2011, p.71).

Se social impregna a existência humana numa visão ampliada, Castel articula as condições de trabalho de forma contextualizada, a modos de vida dentro de dinâmicas que necessitam ser conhecidas e debatidas. Ao abordar saúde mental do trabalhador sintoniza, recupera abordagem qualitativa do trabalho ao buscar as experiências dos sujeitos e as tramas que constroem o lugar do trabalhador, definindo modos de subjetivação relacionados ao trabalho, contextualizados.

A contextualização do trabalho deve refletir sobre a desigualdade às quais os trabalhadores estão inseridos. Castel (2013) aponta o quão a vulnerabilidade está ancorada na questão *social*¹³. A questão social revela exclusão legitimada em regras oficiais econômico-sociais, legitimada pelas razões institucionais proclamadas, não há arbitrariedade ou acidentalidade, são escolhidas. Nesta ordem de raciocínio, além da instabilidade salarial de proteção social, a vulnerabilidade é criada pela degradação das relações de trabalho. Observa-se que há “uma multiplicação de categorias da população que sofrem de um *deficit de integração* com relação ao trabalho, à moradia, à educação, à cultura, etc., e, portanto, pode-se dizer que estão “*ameaçadas de exclusão*” (CASTEL, 2013, p.53)

Importante verificar que o conceito de *social* designa toda e qualquer modalidade de associação, de forma que, em vez de uma substância social, é sempre relação; logo, diferença na condição de existência do mundo é a diferença, porque se tudo fosse igual, nada poderia ser construído. E isso é, justamente, um paradoxo, a diferença se caracteriza por estar em constante transformação, construindo-se através da repetição. Seguindo nesta perspectiva, o social não pode ser tomado de antemão; é preciso desnaturalizar, através da análise do micro e da consideração de que tudo é construído socialmente, e que, portanto, pode ser transformado em novas configurações. Ao estar em campo, no processo de pesquisa imprime estar aberto ao novo, em desnaturalização de pressupostos arraigados de verdades inquestionáveis. E foi

13 “o social compreende o conjunto das ações e relações, quer de cooperação quer de conflito, quer de integração quer de ruptura, que se estabelecem entre indivíduos, grupos, associações, instituições, nações em todos os campos societários. Diz respeito aos vínculos que cimentam o tecido de uma sociedade e que, ao mesmo tempo, gestam os conflitos e contradições que levam a rupturas.” (...) “O social se vincula umbilicalmente ao público, que é por natureza universal. Este é o critério fundante.” (CASTEL, 2013, p.211 e p.215)

justamente esta concepção que mais contribuiu com este projeto de pesquisa, inclusive, levando a redirecionar a problematização.

A integração dos trabalhadores com o trabalho perfaz situações em que as condições de trabalho são desfavoráveis à manutenção da saúde. Castel (1998) argumenta de como é inegável que o trabalho é visto como uma forma central de inscrição social do sujeito no cotidiano. O sujeito ao ser afastado de suas relações laborais, circunscreve uma noção de ruptura dos laços afetivos e sociais conquistados num processo de desfiliação social, e não mais inclusão. Sabe-se que mudanças no mundo do trabalho estão refletindo em principalmente, precarização do modo como se estabelecem as relações sociais e de gestão no contexto laboral concebendo o assujeitamento do ser humano em crescente individualismo e precarização das relações de vida.

A precarização da vida por sua vez, conecta-se com o direito à cidadania presente na constituição de 1988. A partir das grandes e múltiplas mudanças demarcatórias, como a promulgação da constituição e a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080) de 1990, introduziram um conceito ampliado de saúde (art. 196), entendida como direito de cidadania. É imprescindível mencionara criação da Norma Operacional de Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde – NOST/SUS pela Portaria nº 3908 (BRASIL, 1998), que ampliou o acesso integral e igualitário dos trabalhadores no SUS. Pode-se igualmente argumentar sobre a base legal e normativa da criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), em 2002, a implantação da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST) em 2005 e os diversos Centros de Referências em Saúde do Trabalhador como marcos regulatórios de avanços nesse campo.

Essas ações são parte do debate em torno da articulação da área e da construção da proposta da PNSST que contém importantes proposições e contempla os papéis a serem desempenhados, entre outros, pelo Ministério da Saúde (assistência e vigilância), Ministério da Previdência (benefício por incapacidade e implementação do nexa epidemiológico presumido) e Ministério do Trabalho (diretrizes e normas de segurança e saúde do trabalhador).

Se esta compreensão é nitidamente ampla, abrangente sob diversos aspectos considerados, consideramos incompleta quanto a visibilidade concernente a ações institucionais dentro de escopo epidemiológico, sem o devido espaço equiparado aos conflitos e divergências no modelo de gestão e organização de trabalho. A compreensão da atenção integral à deve-se a uma amplitude inequívoca, como bem assinalada por MENDES e WÜNSCH (2011a):

A saúde do trabalhador envolve, necessariamente, outros quatro grandes pilares que representam e ampliam as mediações no campo ético-político, teórico-metodológico e técnico-operativo: a) a concepção de saúde; b) o processo de saúde-doença e seus determinantes sociais; c) a proteção social; d) a concepção de saúde do trabalhador (MENDES e WÜNSCH, 2011, p.470).

Significa, portanto, se dar conta de que a noção ampliada de saúde caracteriza-se:

- pela sua dimensão social, econômica e política enquanto um processo dinâmico;
- as determinações sociais do processo de saúde-doença representam as condições sociais objetivas de vida e de trabalho da população;
- a proteção social representa a estruturação de um conjunto de políticas sociais que se efetivam pela intervenção do Estado na satisfação das necessidades sociais e minimização das desigualdades sociais;
- a definição de Saúde do Trabalhador como um processo dinâmico, social, político e econômico, que envolve diferentes manifestações de agravos relacionados aos processos de trabalho.

Concebendo o adoecimento relacionado ao trabalho a partir do conceito de saúde como “uma margem de tolerância às infidelidades do meio” (CANGUILHEM, 2012, p.139) apreendida não como um estado, mas como um processo histórico de saberes e práticas intrinsecamente relacionada, equivale a perceber que a condição de estar doente está intimamente relacionada à sua percepção dessa condição de estar em sofrimento. O “estar doente” depende da percepção do sujeito em relação à sua condição. Sendo assim, encarar este momento de sofrimento pode, finalmente, “ser positivo ou se tornar uma situação com consequências negativas, dependendo da cultura do médico e da maneira de encarar a vida do paciente” (FERREIRA et al, 2014, p.286).

Entendemos que o processo saúde-doença é um continuum. Canguilhem (2001) confere ao trabalho o poder resolutivo, por assim dizer, de se tomar consciência pelo conflito pertinente ao se operar luta com a normatividade. Ao analisar o conceito de trabalho na tradição taylorista no livro *Problemes humains du machinisme industriel* de Georges Friedmann, datado de 1946, argumenta que é necessário humanizar a relação do homem com o trabalho, pelo homem *ser* da norma, portanto, ativo *no* trabalho. “A vida não é, a bem da verdade, segundo nós, senão a mediação entre o mecânico e o valor, é dela que se tiram por abstração, como

termos de um conflito sempre aberto, e por isto mesmo gerador de toda experiência e de toda história, o mecanismo e o valor. O trabalho é a forma que toma para o homem o esforço universal de solução do conflito. As normas do trabalho têm, portanto, inevitavelmente um aspecto mecânico mas só são normas pela sua relação com a polaridade axiológica da vida, da qual a humanidade é a tomada de consciência” (CANGUILHEM, 2001, p.120-121).

Igualmente, sabe-se que são condições históricas de múltiplas causalidades e multivariáveis ao se verificar que “os processos de adoecimento são ocultados frente à precarização das condições e relações de trabalho, o que vem levando ao não reconhecimento dos agravos relacionados ao trabalho e à consequente ausência de proteção social”, como destaca WÜNSCH (2005, p.11).

A conceituação do trabalho para a Saúde do Trabalhador extrapola o ambiente de trabalho; é categoria organizadora da vida social, podendo se constituir como “espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo capital, mas, igualmente, de resistência, de constituição, e do fazer histórico” (MENDES& DIAS, 1991, p. 347). Para a compreensão da relação trabalho-saúde/doença como processo, o mais importante, salientam PAPARELLI, SATO e OLIVEIRA (2011, p. 122), é o ser “humano comparecer como sujeito, como alguém com condições e instrumentos para interferir no que lhe causa sofrimento”. Assim, passamos a discutir a segunda marca enunciada como diferença para a conformação do discurso da Saúde do Trabalhador.

Lacaz (2007) discorre que se a Saúde Ocupacional tratava o trabalhador como sujeito passivo, como hospedeiro ou paciente, a Saúde do Trabalhador o reconhece como agente de mudanças, como ator histórico, com experiências e saberes acumulados com o tempo, com capacidade para criar ou recriar estratégias de enfrentamento de agravos, mal-estares, incômodos, desgastes, acidentes e/ou adoecimentos.

Identificando modelos teóricos explicativos que podem se apresentar em concomitância, o da Medicina do Trabalho, Saúde Ocupacional e, atualmente, o da Saúde do Trabalhador, pode-se depreender que não se tratam, pois, de formas de compreensão de um mesmo objeto, qual seja, a relação trabalho-saúde. Ramminger & Nardi (2007) apresentam um novo olhar demarcando a construção da área da Saúde do Trabalhador enquanto política pública no Brasil, de forma contínua, coletiva e multissetorial.

A Saúde Ocupacional, identificada por alguns autores como estágio intermediário entre a Medicina do Trabalho e a Saúde do Trabalhador, não chega a alterar as posições dos saberes que justificam as relações de poder capital-trabalho, referindo-se a uma passagem da unicausalidade para a multicausalidade na explicação etiológica

das doenças; e de um modelo exclusivamente médico para um modelo multiprofissional, mas ainda centrado no médico (NARDI,1999) (RAMMINGER, T. & NARDI, H. C., 2006, p. 216).

Com base na compreensão de que nossa relação com o real sempre se dá *enformada* em matéria significativa, ou seja, o mundo só tem sentido quando transformado em signo pela semiotização, e que a linguagem reflete e refrata os modos como diferentes grupos humanos possam recobri-lo com diferentes valores que estão sempre em tensão, a relação a que cada um desses discursos se propõe a descrever a partir de seu conjunto de valores é também construída por esses mesmos discursos. Abordar esses discursos como complementares ou como diferentes faces de uma mesma problemática seria, portanto, um equívoco.

Nesse caminho de reflexão e problematização, é que Seligmann-Silva (2011) considera a prevenção do sofrimento, desgaste humano e reabilitação do que denomina “legião de adoecidos” fundamentais para cidadania humana, alvo ineficaz aos profissionais de saúde que não detêm suficiente autonomia para promover alterações nas condições e organização de trabalho. E enumera as lacunas dos gestores quanto a estarem:

(...) focados no desempenho e na imagem no mercado de trabalho, poderão ser despertados para o fato de que os trabalhadores devem ser considerados na sua integralidade, pois, ao contrário de máquinas, os seres humanos são providos da subjetividade, fundamental na capacidade de pensar, criar e trabalhar (SELIGMANN-SILVA, 2011, p.199).

Seligmann-Silva já demarcava em 2010, a ausência de políticas públicas de reabilitação e de reinserção no mercado de trabalho dos trabalhadores, sendo ocasionador de estatísticas preocupantes manifestas pela OMS sobre os transtornos mentais chamados menores atingirem 30% dos trabalhadores ocupados e dos transtornos mentais graves, cerca de 5% a 10% (BRASIL, 2001, p. 161).

SATO (2002) retoma a possibilidade de negociação¹⁴ neste terreno ardiloso, verificando que podem ocorrer acordos possíveis quanto ao problema do planejamento/replanejamento da organização do processo de trabalho e da prevenção em saúde do trabalhador através de negociações cotidianas, desde que resguardados de uma visão progressista; ou seja, nem primária, para obter resultados imediatos, nem igualmente utópicos

14 “O conhecimento/subjetividade operária e as micronegociações são fenômenos da mesma ordem: os trabalhadores são construtores de conhecimento, articulam-se de modo conflituoso e cooperativo, e criam modos de vida singulares nos locais de trabalho. [...]potencializando e ampliando as mudanças de organização do processo de trabalho, conduzidas sempre, a partir do grupo primário de trabalho” (SATO, 2002, p.1155).

de elucidação de todos os conflitos. E na abrangência de análise, a mesma autora (2011, p.122) considera como nuclear ter relações de poder e controle pelo trabalhador sobre o próprio trabalho por ocasião de respeito a três requisitos mínimos para evitação do desgaste mental. Estes são: poder de interferência a situações geradoras de sofrimento e esforço em demasia, demonstrar familiaridade no desempenho das tarefas e o limite subjetivo de demonstração de suporte às demandas do trabalho. Mesmo assim, salienta o caráter complexo de análise dos adoecimentos¹⁵ na dinâmica do fenômeno.

É vital destacar Dejours (2006) ao estudar a relação entre prazer e sofrimento na análise da Psicodinâmica do Trabalho quanto aos fatores geradores de sofrimento devido a recursos disponíveis insuficientes de proteção. Sendo a organização e suas relações de trabalho¹⁶ de nosso interesse, os trabalhadores da administração pública, convivem diariamente com terceirização de setores dentro da empresa, deterioração das condições de trabalho e da imagem do trabalhador do serviço público. O sofrimento se torna concreto, alvo de pesquisa e estudos, na qual “a psicopatologia do trabalho coloca o sofrimento no centro da relação psíquica entre o homem e o trabalho. Ela faz do sofrimento um operador da inteligibilidade que vale não apenas no domínio da subjetividade e das condutas, mas também no da produção.” (DEJOURS, 1996, p.160)

O sofrimento não reconhecido, provocado pela organização do trabalho gera estratégias defensivas, sendo que o adoecimento tem ligação com essa realidade por si vivenciada. “O sofrimento humano como ético-político produzido por uma história de desigualdades e injustiças sociais, vivenciado pelo indivíduo, tem origem nas relações intersubjetivas constituídas socialmente. Essa visão contribui para uma releitura do sofrimento, não como característico do indivíduo, mas como produto de processo histórico político, social e econômico de exclusão” (SOUZA, V. A., 2012, p.27).

Na análise de conteúdo das entrevistas, pôde-se apreender que os trabalhadores na administração pública evocam um sofrimento relacionado às dificuldades impostas pelo serviço

15 É necessário enfrentar as falsas perguntas que surgem, muitas vezes, de modo automático, quando os profissionais se veem diante de alguém em situação de adoecimento, perguntas tais como: por que ele adoeceu e não outras pessoas? [...]O que esse quadro me diz desse sujeito e de seu contexto maior de vida e trabalho? Como se produziu esse agravo no decorrer e no interior de sua vida? Enfim, é necessário que se possa partir do questionamento da ideia de que o indivíduo possa construir a si mesmo sozinho e que, desse modo solitário, também possa enfrentar e superar as dificuldades vividas (SATO, 2011, p.125).

16 “Assim, o trabalho se revela essencialmente ambivalente. Pode causar infelicidade, alienação e doença mental, mas pode também ser mediador da autorrealização, da sublimação e da saúde” (DEJOURS, 2006, p.98)

público, ou seja, pelo modelo de gestão altamente hierarquizado e tomado pela racionalização burocrática, no caso do técnico-burocrático. “A organização burocrática tradicional possui uma hierarquia conhecida pela divisão vertical do trabalho e, muitas vezes, traz consigo a impessoalidade, também fonte de frustração e desânimo, possivelmente afetando o desempenho do servidor público” (NUNES, A. V. de L. & BEZERRA, S. L. 2009, p.62).

Em resumo, a Saúde do Trabalhador é campo de conhecimento não neutro, situado em terreno político-ideológico, com condições intelectuais para discutir e enfrentar as questões sociais postas pelo trabalho; campo de investigação de base teórica dialética que adota como método de análise as aproximações sucessivas dos problemas, rejeitando explicações simplificadas ou mecanicistas; por essa razão, passamos a assumir, no presente trabalho, a relevância da tese.

Temos discernimento “quanto à extrema vulnerabilidade das ações voltadas à atenção da saúde do servidor público que, definitivamente, não integram uma política pública.” (RAMMINGER, T. & NARDI, H. C., 2006, p. 223). É incorporar o estabelecimento de problematização da dinâmica em torno da administração pública potencializadora de questões necessárias de serem debatidas e postas em atualização nos diversos setores responsáveis por esta, tanto administrativos quanto técnico operacionais; no sentido de protagonizar este segmento público que necessita ser alvo de visibilidade e cuidados quanto aos parâmetros depreciativos utilizados nas denominações feitas sobre eles. Pode-se dizer que é fato generalizador e/ou mito sem reflexões? A questão problematizadora da saúde mental no serviço público federal traz inúmeras possibilidades de análises e incursões de pesquisa por sua abrangência e complexidade; sendo assim, são inúmeros os cenários obtidos nas pesquisas empreendidas.

Verifica-se que Carlos Minayo-Gomez (2011), em *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea* destaca esta complexidade e densidade do tema ao referir que não há unicidade entre os campos teórico e prático, muito embora se busque uma confluência entre os mesmos. Busca-se uma prática de intervenção que seja uma sustentação de um conhecimento integrador na esfera pública, mas não isento de diferenças. Estas diferenças se apresentam quanto aos conceitos adotados e nos diferentes métodos de pesquisa utilizados que se revelam, portanto, na diversidade dos fundamentos das políticas públicas decorrentes.

O referido autor aponta, assim, para o reconhecimento do caráter universal do trabalho nas sociedades capitalistas mediante a exacerbação da lógica de produção econômica. E além

desta lógica de compreensão, também aponta outra lógica que denomina de ontologia social do trabalho. Esta diz respeito às questões filosóficas, psicológicas e sociológicas da relação saúde e trabalho; aí se interpõe a subjetividade do trabalhador. Caracteriza-se, pois, a transdisciplinaridade do campo que não apresenta uma fundamentação conceitual única que consiga atribuir significado de saúde mental unívoco e denso o suficiente para estabelecer relações de nexos com o mundo do trabalho.

LEÃO e CASTRO (2013), pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, analisando os resultados de sua pesquisa qualitativa encontraram que, mesmo a despeito de uma série de mudanças aparentes, não houve alterações substanciais na implementação de ações de saúde do trabalhador com a chegada da RENAST e do Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST). Destaca-se, para tal, que os transtornos mentais relacionados ao trabalho constam na lista de agravos de notificação compulsória à Saúde do Trabalhador que devem ser registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) em Unidades Sentinela e que ocorre uma subnotificação ou inexistência da mesma, como assinalam AMAZARRAY¹⁷ *et al.*(2014), cujo alvo de Saúde do Trabalhador, enquanto ação transversal, deveria se realizar desde a atenção primária até à terciária.

Uma política de Saúde do Trabalhador que tenha por fundamento princípios da integralidade, interdisciplinariedade e programação em saúde na rede pública é o que se busca, portanto; questões relativas à Saúde Mental devem atentar para as configurações contemporâneas do trabalho. Inclusive, NARDI e RAMMINGER (2012) apontam para uma diversidade de riscos de contaminação, acidentes e das doenças do trabalho clássicas, como as formas de assédio, as pressões para produção, a precarização, a ameaça de desemprego (e a vivência dessa situação), a responsabilização individual, as avaliações perversas e as formas de reconhecimento que, ao produzirem as condições psicossociais de trabalho, podem fomentar a transformação dos desafios do cotidiano em saúde ou da construção de defesas rígidas que levam ao adoecimento.

O agravamento das desigualdades sociais é imperativo numa sociedade tão hierarquizada e complexa, suscitando múltiplos e abrangentes desafios aos profissionais atuantes neste campo, equivalendo caracterizar, segundo a urgência de capacitação

17 A notificação é insuficientemente aplicada e “ainda que a RENAST conte com serviços especializados como os CERESTs, grande parte da rede carece das informações necessárias para suspeitar, investigar e encaminhar devidamente os casos de sofrimento psicológico relacionados ao trabalho (AMAZARRAY *et al.*, 2014,p.76).

interdisciplinar em saberes complementares, sólida formação teórico-metodológica e compreensão ampliada do binômio saúde-doença pautado por conhecimento de seus determinantes sociais (MENDES e WÜNSCH, 2011b, p.3).

A interlocução com o trabalhador e a valorização de seu saber sobre os processos de trabalho colocam-se como premissas metodológicas nesse campo, o que exige descentralização das equipes de saúde e um trabalho conjunto com os servidores. Sendo o trabalhador sujeito ativo, a Saúde do Trabalhador passa a significar a interlocução com os trabalhadores como premissa metodológica, reconhecendo-os como possuidores de conhecimento e dotados de capacidade de transformação do trabalho e seu processo (PAPARELLI, SATO e OLIVEIRA, 2011, p. 121).

Assim, o trabalhador, sujeito histórico, é colocado ao lado dos saberes acadêmicos e de profissionais da saúde, o que faz com que, por definição, a Saúde do Trabalhador se apresente como campo, dentro da Saúde Coletiva, que se constitui por três vetores: a produção acadêmica (saber científico); a programação em saúde na rede pública (ações em Saúde Coletiva) e; o movimento dos trabalhadores (MENDES e DIAS, 1991; LACAZ, 2007; SATO, 2002; PAPARELLI, SATO e OLIVEIRA, 2011). O saber acadêmico dos profissionais de saúde é ressignificado, passando a ser *uma* forma de conhecimento sobre o trabalho, produzindo-se um deslocamento na centralidade da figura desse profissional, valorizando-se o conhecimento cotidiano do trabalhador e suas estratégias de enfrentamento.

Desse modo, compõe como premissa no campo da Saúde do Trabalhador que as investigações abarquem classes e grupos de trabalhadores utilizando-se, para tal, de instrumentais oriundos da Saúde Coletiva, da epidemiologia e da clínica, agregados aos conhecimentos das ciências sociais, como planejamento, economia e política, com vistas à prevenção e à manutenção dos determinantes de saúde sob o controle dos trabalhadores.

Inspiramo-nos em FOUCAULT (2004) na reflexão e compreensão quanto a articulação entre saúde, subjetividade e trabalho ao demandar um movimento teórico e ação interdisciplinar. Sustenta que deve-se buscar o desdisciplinamento dos objetos, dos problemas, dos sistemas, das estruturas, das práticas e dos discursos que foram forjados e construídos com base em um modelo disciplinar, na construção do projeto de ciência da modernidade, na sua articulação com o campo institucional. O desafio fundamental não consiste somente em aproximar as disciplinas e seus saberes, uma vez que esses saberes foram construídos a partir de uma base disciplinar comum, mas em se evidenciar as lógicas de produção dos discursos e

compreender o modo como estes conformaram os objetos que estudam e sobre os quais intervêm. Neste sentido é que a análise de Foucault considera que a sociedade produz heterotopias, ou seja, considera como desvio aqueles comportamentos que estão fora do que a sociedade aceita e impõe às condutas. São nesses espaços que, para Foucault, estão contidos os conflitos e tensões que se exercem pelas relações de poder de uma sociedade determinada.

Consideramos assim, que as questões sobre a política instituída do saber público federal podem vir a ser muito eficazes em tecer diálogos que podem denunciar e serem enunciados de formas e conteúdos de subjetivação organizados pra sustentação de práticas sociais pouco dispostas a se modificarem e vislumbrar caminhos alternativos que não sejam os de manutenção do *statu quo*. No entanto, aí é que podem se constituir espaços de criação do impossível possível, na produção das heterotopias é que podemos nos deparar com os *pontos cegos* de surgimento de novas possibilidades e desafios à nossa capacidade de conhecimento e pesquisa, havendo revisão e ampliação do instituído normativo.

Ao considerar que a investigação específica da saúde mental na saúde pública traz produções numa dimensão que ainda precisa ser consolidada quanto ao aspecto formativo dos profissionais e em gestão organizacional no Sistema Único de Saúde (SUS), pode-se dizer que tal dimensão assume maior ênfase na administração pública, no nosso caso, serviço público federal, havendo pois, necessidade de ser alvo de pesquisas e contribuições de análises aprofundadas neste assunto.

Também Furtos (2008) traz algumas considerações sobre a relevância das questões sociais na formação do sofrimento humano. O que existe é uma questão social, ou seja, lidamos com as expressões da mesma. Assinala para uma necessária discussão acerca das noções de saúde mental e prática clínica em saúde mental. Segundo o autor, nas práticas clínicas, observa-se o predomínio do interesse na história biográfica do sujeito e de sua família, em detrimento do reconhecimento da ligação significativa do indivíduo com a sociedade. Prevalência, procedimentos de anamnese exemplares, em que a visão de saúde reduz-se a visão biomédica, sem contextualização socioeconômica. Tais práticas evidenciam a prevalência de uma lógica segundo a qual o ser humano é individualmente responsabilizado por fragilidades socialmente produzidas.

Já MENDES e WÜNSCH (2011a), em estudo de revisão indicam, a partir de diferentes autores, a existência de uma precariedade essencial do ser humano, segundo a qual ele depende do outro para constituir-se como cidadão, no exercício das sociabilidades humanas. A formação

de si conecta-se à dinâmica social enquanto estrutura e condição psíquica de desenvolvimento. Diante disso, o atual contexto de insegurança social pode contribuir para que o sujeito perca a confiança em si e no futuro. Contribui sobremaneira para a compreensão da dimensão social do sofrimento humano enquanto construção social e historicamente demarcada pelas vulnerabilidades e idiosincrasias existentes.

Essas discussões, ao colocarem em análise as relações entre indivíduo e sociedade e os efeitos de sofrimento ou adoecimento engendrados nessas relações, podem contribuir para as análises do trabalho. Estas consistem em um campo de estudo, pesquisa e intervenção que aborda as relações entre subjetividade, trabalho e saúde, abarcando desde os estudos que, no início do século XX abordavam o adoecimento no trabalho até perspectivas que se interessam pela forma que os trabalhadores produzem saúde e amplificam sua potência de vida. É de conhecimento, pois, que desde a visão da Ergologia entende-se que nenhum trabalho é realizado no estrito limite das prescrições, havendo sempre um espaço de criação, um intervalo entre o trabalho prescrito e o trabalho real, aquele efetivamente realizado. Confere caracterizar que tomar o trabalho pela dimensão da atividade, implica colocar em cena os processos de permanente renormatização do fazer e a microgestão efetuada pelo trabalhador.

O reconhecimento da existência de um sofrimento social, por sua vez, coloca em cena a precariedade, a violência e a insegurança que vivemos nos dias de hoje, e a necessidade de práticas que restaurem a confiança no outro diante da precariedade humana essencial.

Especificamente em relação ao mundo do trabalho, deparamo-nos com um contexto de progressiva redução de direitos, estratégias para exacerbar a extração de sobretrabalho¹⁸ e formas de gestão que se utilizam do medo do desemprego e da falta de mecanismo de proteção social como ferramenta para promover a submissão do trabalhador às condições adoecedoras. Numa equiparação com as análises de Antunes (2015) quanto às metamorfoses no mundo de trabalho, este demonstra uma base argumentativa ao apontar o surgimento do que:

(...) aparece como pilar fundamental da produção e da riqueza não é nem o trabalho imediato executado pelo homem nem o tempo que este trabalha, senão a apropriação de sua própria força produtiva geral, sua compreensão da natureza e seu domínio da

18 “O *sobretrabalho da massa* deixou de ser condição para o desenvolvimento da riqueza social, assim como o *não trabalho de uns poucos* deixa de ser a condição para o desenvolvimento dos poderes gerais do intelecto humano. Com isso se desmorona a produção fundada no valor de troca... Desenvolvimento livre das individualidades e, por conseguinte, tem-se a não redução do tempo de trabalho necessário com vistas a criar sobretrabalho (grifo meu), mas, em geral, redução do trabalho necessário da sociedade a um mínimo... Diminui, pois, o tempo de trabalho na forma de tempo de trabalho necessário, para aumentá-lo na forma de trabalho excedente (grifo meu); põe, portanto, em medida crescente, o trabalho excedente como condição do (trabalho) necessário” ANTUNES (2015, p.69-70).

mesma graças à sua existência como corpo social; em uma palavra, o desenvolvimento do indivíduo social (ANTUNES, 2015, p.69).

Nesse contexto, as concepções que situam o sofrimento e o adoecimento mental a partir da biografia individual e muitas vezes, somente da visão biológica, análises em Minayo-Gomez; Thedim-Costa (1997); Mendes & Dias, (1991) contribuem para invisibilizar o papel dos elementos estruturais do trabalho contemporâneo no adoecimento dos trabalhadores. A saúde vigora nessas concepções um caráter instrumental no âmbito restrito da instituição, que interpretava as relações entre acidentes e doenças de forma unívoca e unicausal, numa perspectiva racionalista e científica.

É fundamental nesse sentido de diálogo entre os conceitos de sofrimento social com referenciais que compõem a *prática discursiva* do trabalho, contribuições na produção de torções nas lógicas individualizantes e culpabilizantes presentes em muitas práticas voltadas à saúde dos trabalhadores. O conceito de prática discursiva desenvolvido no arcabouço teórico de Dominique Maingueneau¹⁹ (2008a) estabelece pressuposto de relação entre o discurso e o espaço institucional em que o discurso se estabelece.

(...) e retoma uma expressão introduzida por Michel Foucault, em *Arqueologia do Saber*, para se referir à historicidade do discurso implicada no sistema de relações que regula institucionalmente as diversas posições que um sujeito pode ocupar para enunciar dado discurso e os diversos objetos de discurso que se constituem no e pelo exercício enunciativo (PESSOA, F. C. DA C. & JOUBERT, P. de C. 2012, p. 175).

Este diálogo oportuniza reflexões e análises quanto ao papel dos elementos estruturais do trabalho (na ordem da organização do trabalho quanto a autonomia, atribuições, escalas e tempo de trabalho dentre outras) na fragilização, vulnerabilidade e adoecimento dos trabalhadores.

Concebemos que a organização do trabalho confere *implicação institucional* no sofrimento social e adoecimento, ou seja, ela é constitutiva, não é tomada em uma relação justaposta entre um interior discursivo e um exterior social, mas funcionam como comunidades discursivas que geram esse discurso.

Em nosso entendimento, a questão contributiva e reflexiva da prática discursiva, como uma visão construcionista que pode possibilitar ampliação e resgate às vozes adormecidas e, o vital protagonismo social do servidor público federal, tão caro e vital na dimensão econômica, social e política da atualidade brasileira.

19

Ver *Gênese dos discursos*. Trad. de Sírio Possenti. São Paulo: Parábola, (MAINGUENEAU, D., 2008a.)

A globalização e a reestruturação produtiva²⁰ como fenômenos contemporâneos tiveram, dentre as consequências sociais, o surgimento de modelos de gestão incorporados aos modelos herdados do sistema capitalista enquanto referência ideológica, que favorece a intensificação, rotinização, flexibilização e tensionamento do fluxo de produção que podem gerar subprodutos como o isolamento social e a desregulamentação das relações de poder nas organizações (GIOVANETTI, 2006, p.30-31). A reestruturação produtiva pode significar um aumento da concorrência internacional e sobreacumulação do capital, uma ordem a princípio econômica, que já traz uma ótica de implicações sociopolíticas de forma contínua.

A expressão “saúde-direito dos cidadãos, dever do Estado”, princípio constitucional em 1988 para assegurar acesso integral à saúde dos habitantes no território brasileiro, assumiu no sistema de saúde, nos anos 80 e 90, um exemplo expressivo do fracasso das pautas de proteção social²¹. Com a eliminação da contribuição previdenciária como condição ao atendimento, as negociações proliferaram entre a lógica capital e trabalho para o atendimento em saúde desvinculado do orçamento público e orientado para o *mercado* por meio de outras modalidades, como cooperativa médica ou autogestão, numa cultura apoiada por entidades sindicais.

Percebemos que esta mediação do Estado se estruturou em ação voltada para o assalariado, visando a garantia de direitos sociais ao trabalhador formal, porém, na nova dimensão do mundo ampliado de trabalho, significaria estender não só benefícios mas, principalmente, as condições de vida e cidadania plena ao trabalhador (MENDES e WÜNSCH, 2011b).

Na Administração Pública Federal, o primeiro órgão de atenção à saúde do servidor público federal foi o Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público (SISOSP), instituído pelo Decreto nº 5.961, de 2006 (BRASIL, 2006). Sua finalidade era a de “uniformizar procedimentos administrativo-sanitários na área de gestão de recursos humanos e promover a saúde ocupacional do servidor”.

20 “A reestruturação produtiva afeta radicalmente a organização dos processos de trabalho: o consumo e gestão da força de trabalho, as condições e relações de trabalho, assim como o conteúdo do próprio trabalho. Envolve a intensificação do trabalho e a ampliação da jornada, a redução dos postos de trabalho e a precarização das condições e dos direitos do trabalho” (IAMAMOTO, 2008, p. 144).

21 A proteção social no campo da saúde do trabalhador é o fio balizador das efetivas ou insuficientes condições de se obter o direito a saúde e ao trabalho. Fundamentalmente deve representar, além da atenção a saúde, a garantia de renda quando da ausência de obtê-la através do trabalho, cuja impossibilidade na sua maioria das vezes se dá pela falta de “capacidade produtiva” que advêm do processo de saúde-doença, seja ela resultante de acidentes típicos do trabalho e/ou de doenças a ele relacionados (MENDES e WÜNSCH,2011,p.9).

Esse mesmo cenário começa a se transformar com a substituição do SISOSP pelo Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (SIASS), instituído pelo Decreto de nº 6.833, de 2009. Diferentemente do SISOSP, o SIASS passa a estar vinculado diretamente ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG). Porém ao mesmo tempo em que passa a ter maior destaque na hierarquia interministerial, o SIASS passa a ser um subsistema, delegando ao seu comitê gestor a atribuição pela deliberação da uniformização e padronização das ações. Essa uniformização se justifica, obviamente, nos casos em que deva haver isonomia, como nos atendimentos periciais ou de avaliações ambientais para concessão de adicionais ocupacionais, uma perspectiva gerencialista que cria mecanismos para evitar que seus trabalhadores se afastem, devendo os mesmos estarem disponíveis a maior parte de tempo possível.

Outra possibilidade de leitura dessa organização existente é a de que essas ações possam beneficiar as pessoas em licença para tratamento de saúde para que readquiram não apenas condições de trabalho (força de trabalho necessária ao funcionamento da instituição - visão gerencialista), mas para que também readquiram a possibilidade de intervenção sobre o que as está prejudicando (saúde enquanto possibilidade de ação e processo).

As transformações no mundo do trabalho são também evidentes na contextualização da administração pública, especificamente sistema público federal. Com a instituição do SIASS, em 2009, iniciou-se uma política pública que está sendo implantada em todo o país com vistas ao cuidado e atenção à saúde dos servidores do executivo federal, vinculada ao Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal (SIPEC) do Ministério do Planejamento e ao MPOG. Trata-se de um decreto que visa por em prática a Política Nacional de Atenção à Saúde do Servidor – PASS (Brasil, 2009).

O objetivo do sistema SIASS é o de coordenar e integrar ações e programas nas áreas de assistência à saúde, perícia oficial, promoção, prevenção e acompanhamento da saúde dos servidores da administração federal direta, autárquica e fundacional, de acordo com a política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal estabelecida pelo Governo (BRASIL, 2010a e 2010b).

Essa política traz perspectivas e discursos que embasam diretrizes orientadoras de práticas voltadas à saúde do servidor público federal e está sendo implantada em todo o poder executivo federal por meio da constituição de acordos de cooperação técnica entre diferentes instituições. Sua implementação tem produzido transformações nas instituições do executivo

federal, nas práticas de equipes de saúde, nas quais está o psicólogo e, por decorrência, no trabalho e na vida de seus servidores. No panorama neoliberal enquanto contexto político e socioeconômico, percebemos que o trabalhador na função pública necessita conviver com a representação universal vigente de ineficiência, extremo inchaço de pessoal e de burocracia do seu quadro de pessoal. Atributos de caracterização que igualmente se estendem a si e sua atuação prática.

Segundo BATISTA (2011), o SISOSP foi estruturado, com orientações básicas sobre os procedimentos mínimos para a realização de acordos de cooperação técnica para a criação das unidades do subsistema estabelecidas pela Portaria Normativa nº 2, de 22/03/2010 (BRASIL, 2010). Esse sistema objetiva ainda reunir órgãos, profissionais e suas competências específicas para agregação de forças na atenção ao servidor. O modelo do sistema foi implantado ou teve a implantação iniciada em diversas regiões do Brasil.

Apesar das normativas que regulam as unidades SIASS, a gestão das unidades é responsabilidade de cada órgão gestor; assim, dentre as 109 unidades SIASS existentes no país, o SIASS-UFPR foi desenvolvido e implantado em etapas. Para início das atividades definiu-se que a implantação seria iniciada sempre pela área de perícia médica, com o módulo de Perícia Oficial em Saúde, pois esta apresentava melhor estrutura nos órgãos federais. Os módulos subsequentes seriam para exames periódicos, promoção à saúde, vigilância e investidura em cargo público, como demonstrado na Figura 2.

Figura 2: Áreas a serem atendidas pelo SIASS.



6Fonte: Batista (2011)

As principais Portarias do SIASS são:

2007: Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS). Política de atenção à saúde baseada na equidade e na universalidade de garantias fundamentais (BRASIL, 2010b).

2009: Criação do SIASS e do Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor (CGASS), pelo Decreto nº 6.833, de 29/04/2009. São atribuições do SIASS e do CGASS:

I – *assistência à saúde*: ações que visem a prevenção, a detecção precoce e o tratamento de doenças e, ainda, a reabilitação da saúde do servidor;

II – *perícia oficial*: ação médica ou odontológica com o objetivo de avaliar o estado de saúde do servidor para o exercício de suas atividades laborais; e

III – *promoção, prevenção e acompanhamento da saúde*: ações com o objetivo de intervir no processo de adoecimento do servidor, tanto no aspecto individual quanto nas relações coletivas no ambiente de trabalho (BRASIL, 2009).

2013: modelo de atuação do MPOG – ênfase ao retorno ao trabalho e otimização de recursos orçamentários.

2013: Portaria nº 03, de 25 de março, institui as diretrizes gerais de promoção da saúde do servidor público federal (BRASIL, 2013). Verifica-se como um momento propício

para a transformação do trabalho individual realizado pelas diversas profissões em um trabalho coletivo em saúde, de caráter transdisciplinar e interdisciplinar (Figura 3).

Figura 3: Diretrizes Gerais de promoção à saúde do servidor público federal



13Fonte: BRASIL, 2013

A visibilidade ou a invisibilidade das formas de adoecimento no trabalho, ou seja, como esta visibilidade se materializa nos critérios impostos pela legislação e pela ciência no estabelecimento das relações *causais* entre o trabalho e o comportamento do servidor público federal, já nomeado *adoecido* legalmente, mas cujo sofrimento de ordem psicossocial não se caracteriza na dinâmica da organização do trabalho e demais aspectos, é o que nos propusemos a investigar. É de se perguntar se a valorização de algumas formas de subjetivação em detrimento de outras dependem das relações de poder que configuram os usos dos saberes disciplinares e da lógica epistemológica que lhes dá sentido, coesão e coerência, sustentando-os no campo institucional/legal. Quanto a isso, Nardi e Ramminger (2012) já apontavam para a necessidade do reconhecimento do nexo da causalidade entre o trabalho e sua organização no aparecimento dos agravos mentais e na minimização da prática recorrente de localizar o problema mental nas características individuais de cada um ao negar sua relação com as condições de trabalho e de vida.

Algumas formas de sofrimento humano, engendradas a partir *da* e *na* relação com o trabalho, são sustentadas e reproduzidas pelos homens, tanto os que estão no mercado de trabalho quanto os que estão totalmente à sua margem. O trabalhador adere às exigências do mercado de trabalho sem identificá-las como violentadoras porque entendidas como consequências naturais e inevitáveis do sistema produtivo. Solicitações não percebidas em

demasia e nem absurdas, já incorporadas ao jogo das relações de poder existentes. “Os medos, ansiedades e angústias contemporâneos são feitos para serem sofridos em solidão. Não se somam, não se acumulam numa *causa comum*, não têm endereço específico, são muito menos óbvios.” (BAUMAN, 2001, p.170). A humilhação da desqualificação não é identificada apenas por aqueles que sofrem a estigmatização, ela é assim acreditada por toda a sociedade e, portanto, *visível a todos*, fazendo com que os indivíduos envergonhados se afastem de seus próprios vizinhos, neguem suas competências e se escondam em algum lugar para morar.

As condições de estigmatização dos servidores públicos federais na dinâmica organizacional se tornam intensas principalmente nos CID F. Os afastamentos em saúde indicativos de desgaste mental, com atestados da Perícia Oficial em Saúde para os CID. caracterizados como F (transtorno mental e comportamental), tendo em vista que estes casos são os que designam maior comprometimento desses servidores em sua dinâmica pessoal e organizacional, havendo uma demanda enorme implícita em seus relacionamentos estabelecidos para um desgaste psíquico e mental, muitas vezes, crônico e nem sempre, reversível.

A necessidade de visibilização das dificuldades que se operam no momento *do retorno* ao trabalho é o que estamos considerando como problematização, sendo uma questão a ser discutida a possibilidade de ausência de registros sobre nexos causais e diagnósticos de adoecimentos por stress ocupacional crônico e o esgotamento profissional nos profissionais de saúde, situações consideradas à margem do normativo, outrossim.

Este sofrimento é finalmente de *origem social*, denominado sofrimento psicossocial²² por Furtos (2008), pois não se circunscreve na individualidade do fenômeno, mas está sempre no sofrimento de se sentir à margem de um grupo, como uma adesão ou possível exclusão deste, o que confere igualmente uma dimensão política. O autor cita Freud ao mencionar especificamente o sofrimento de origem social, como o tipo de dor mais desagradável para o sujeito humano. O sofrimento dessa fonte de relações com outros homens é que pode ser mais doloroso do que qualquer outra sensação.

Furtos argumenta, ainda, que esta é uma reação da modernidade com o advento crescente do sentimento de insegurança presente nas relações sociais estabelecidas. E salienta

22 “Ce sentiment de précarité, quiva au-delà de la précarité essentielle du sujet humain, se marque avant tout par cequ’on a appelél *a souffrance psychique*, non identique à lasymptomatologie dès maladies psychiatriques, dès maladies psychiques. Nous verrons plus loin cequ’ilenest de cette *souffrance psychique*”(FURTOS, Jean, 2008, p.3).

o quanto essa insegurança se ancora em questões de precariedade das relações de exclusão e não como ancoradas em situações de pobreza como tal.

Conforme Furtos (2008, p.2) “as conotações atuais não são mais relativas a pobreza, mas quanto à precariedade e exclusão social”. Em seguida, afirma que a anomia não é mais resultado do êxodo rural no que identifica como “primeiro capitalismo” com valores ainda de solidariedade; para os valores atuais, que denomina de “segundo capitalismo”, com aspectos de individualismo e miséria num contexto conectado com o liberalismo mundial, ocasiona efeitos sociais e psíquicos numa referência a que o ser humano é considerado responsável e autônomo por seu próprio destino e aí advém a sua precarização, já que pela capacidade racional e de uso da palavra teria domínio sobre seu destino; caracterizando, por conseguinte, o sofrimento psíquico.

A sociedade contemporânea necessita de homens altamente individualistas, que não respeitem a alteridade e a diferença entre os indivíduos. A fragmentação da atividade humana gera competição acelerada e ligações frágeis e transitórias entre as pessoas, descompromisso que se avizinha sem precedentes. “Nesse caso, torna-se fundamental estudar não só as doenças provocadas pelo desemprego, mas também as que são desenvolvidas por aqueles que conseguem permanecer nas empresas, lutando pela preservação dos seus lugares, mesmo ao preço da submissão a uma extrema intensificação do trabalho.”(LIMA, M. E. A. Cap. 5 In: VIZZACCARO-AMARAL, A. L. (orgs.) 2011. p.166).

É muito difícil escapar da naturalização desses valores que atravessam as relações sociais e nos jogam na banalização das múltiplas maledicências e morbidades (ARENDDT, 2001; BAUMAN, 1998; DEJOURS, 1999), sob as quais apenas sobrevivemos. Mais difícil ainda porque tais valores estão internalizados e fortemente enraizados em nossa estrutura psíquica e porque supomos, enganosamente, serem tais exigências provenientes do nosso mundo interno, uma naturalização do sofrimento.

Na continuidade, sem pretender analisar e comparar as condições sociopolítico-econômicas de *Portugal* com propriedade e profundidade, nossa intenção é apresentar as similitudes e as características que perfazem a subordinação do trabalhador na esfera pública, numa instituição que congrega vínculos da iniciativa privada e aqueles derivados de concursos públicos. O objetivo é estabelecer um comparativo entre a organização de trabalho nas duas realidades que se afinam neste quesito em especial, resguardando as devidas peculiaridades e referências culturais nomeadamente específicas e divergentes, sem dúvida.

Sendo a população de Portugal de 10.229.431 em 2018 possui taxa de desemprego 11,2% (2016) enquanto a EU28 é de 8,5%. O número de acidentes no trabalho diminuiu ao longo do tempo, com algumas flutuações, no entanto, entre 2013 e 2014, houve mais 4.048 acidentes, representando um aumento de 3,8%, um dos aspectos altamente significativos nos afastamentos em saúde do trabalho (EUROFOUND, 2018).

Em relação ao trabalho na função pública, a Lei 35/2014, de 20 de junho, aprova a Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas, entrando em vigor no dia 1º de agosto de 2014, aplica-se à administração direta e indireta do Estado com as disposições do Código do Trabalho, nomeadamente no que diz respeito à igualdade e à não discriminação e à parentalidade.

Aponta normas específicas sobre direitos parentais e cuidados e cuidados de outros familiares, estabelecendo o número de dias em que os cuidadores têm o direito de se ausentar do trabalho, sem perder seus direitos (senioridade e progressão na carreira), exceto o direito à remuneração.

Relativo à normatização de ausência ao trabalho, dentro dos limites de número de dias de ausência a que têm direito, os trabalhadores recebem o pagamento de 65% da sua remuneração pela Segurança Social (a partir do 5º dia de ausência). E os empregadores não são obrigados a complementar esse pagamento (EUROFOUND, Portugal: Developments in working life 2016, p.14).

Na estimativa de Eurofound que avalia Portugal na comunidade europeia, os dados dos dois últimos anos (2015-2016) foram marcados pelo debate político e público sobre trabalho precário, desigualdades de renda, disparidade salarial entre gêneros e salário mínimo legal, atribuindo desigualdades salariais como uma realidade persistente em Portugal. Dados apontam para população ativa de 4 milhões e meio, 500 mil desempregados, emprego formal de 1 milhão e meio, tendo inclusive, taxa de mortalidade maior na população em emprego informal e desemprego.

A ligação entre baixos salários e empregos temporários foi debatida por diferentes pesquisadores no seminário "Negociação coletiva e representatividade dos trabalhadores temporários na Europa": em média, os trabalhadores temporários recebem 60% do salário daqueles que têm um emprego permanente. (EUROFOUND, Portugal: Developments in working life 2016,p.9). Neste ponto, verifica-se a relação entre os trabalhadores na função pública em convívio com trabalhadores temporários, em regimes diferentes, mas sob as mesmas circunstâncias socioeconômicas.

Aponta igualmente que Portugal é um país com baixos rendimentos e uma ampla desigualdade de rendimentos. A diferença salarial, particularmente entre aqueles que têm um contrato fixo, regular, como os da função pública fixo era 641 euros, 230 euros a menos que o salário médio de um trabalhador com um contrato temporário representando uma diferença salarial de 26,4%. Inclusive discorrem das questões de disparidades salariais entre homens e mulheres, ao que Portugal enfrenta corrosão das condições de trabalho e de vida desde 2008, tendência intensificada em 2011.

Dentre muitos aspectos para bem-estar no local de trabalho, o utilizado pelo EurWORK inclui qualidades de trabalho e vida. As políticas de saúde e bem-estar são consideradas de primeira importância para a União Europeia e a cada Estado-Membro. No contexto dos esforços das políticas a mais longo prazo para tornar os mercados de trabalho mais flexíveis, e mais recentes, relacionadas à crise, mudanças no emprego, o *padrão* de trabalho aberto no contrato de trabalho tem vindo a ser cada vez mais pressionado. Refere-se a aumento no trabalho por conta própria devido à falta de outras oportunidades de emprego, trabalho casual e trabalho involuntário a tempo parcial. Aspectos pois que são uma realidade contínua entre trabalhadores com contratos da administração pública e os contratos por empresas terceirizadas, tanto em Portugal como no Brasil.

No tocante particularmente às políticas em saúde mental, os parceiros sociais a nível da UE concordaram com um Acordo-quadro sobre o Estresse no Trabalho em 2004, em 2004, e em 2008, a Comissão Europeia com parceiros sociais e partes interessadas assinaram o Pacto Europeu para a Saúde Mental e o Bem-Estar. O pacto enfatizou a importância da saúde mental e do bem-estar de uma Europa forte. Em 2013 foi lançada uma Ação Conjunta sobre Saúde Mental e Bem-Estar com apoio financeiro do Programa de Saúde da UE, buscando criar um quadro de ação em saúde mental política a nível europeu organizado como “Saúde no local de trabalho e bem-estar na Europa”.

Apesar da existência de legislação de proteção nos últimos 35 anos, diferenças de gênero podem estar no pagamento, no acesso ao emprego, nos padrões de emprego e tipos de empregos disponíveis para as mulheres e a prevalência das responsabilidades de cuidados, que são principalmente de mulheres (EUROFOUND, 2013b). O quinto European Working Conditions Survey (EWCS) encontrou, por exemplo, que as mulheres são mais propensas a sofrer assédio e *bullying* no trabalho do que homens. De acordo com o EWCS 2010, uma grande porcentagem de trabalhadores não se sentem seguros no trabalho, o que indica que é necessário

fazer mais para reduzir os riscos à saúde e segurança no trabalho, especialmente no que se refere ao aumento do trabalho precário na Europa.

A saúde e a segurança no trabalho continuam a ser uma área importante para governos e parceiros europeus, tanto que em 2014, foram implementadas legislação e iniciativas para a proteção dos trabalhadores em quase todos os Estados-Membros. A maior parte deles centrou-se em campanhas de conscientização sobre saúde física (por exemplo, na Croácia, Letônia e Hungria) e a menor parte em medidas preventivas (Malta e França). Além disso, os riscos psicológicos estão cada vez mais reconhecidos como causa de saúde precária, e vários países introduziram medidas preventivas, enquanto uma forte colaboração entre os parceiros sociais é evidente.

Citamos o 4º Inquérito European Quality of Life Survey (EQLS) realizado de Setembro de 2016 a Março de 2017 nos 28 Estados-Membros da União Europeia e nos cinco países candidatos (Albânia, FYR Macedônia, Montenegro, Sérvia e Turquia) pela metodologia de entrevistas face a face, num total de 33 países diferentes, com tamanhos de amostra variando de 1.000 a 2.000 por país ao abranger amplas questões sobre a qualidade de vida dos indivíduos, com perfis atualizados anualmente.

Segundo a Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho, a EUROFOUND, criada em 1975 com missão de desenvolver pesquisas para contribuir em resultados de desenvolvimento de políticas sociais e relacionadas com o trabalho. Ela descreve as principais características da vida profissional em Portugal visando complementar outras pesquisas do EurWORK com informações relevantes sobre as estruturas, as instituições e as regulamentações relevantes sobre a vida profissional dos europeus. Isso inclui indicadores, dados e sistemas regulatórios sobre os atores e instituições, relações de trabalho coletivas e individuais, saúde e bem-estar, remuneração, tempo de trabalho, habilidades e treinamento e igualdade e não discriminação no trabalho. Obtém-se que os homens são mais vulneráveis a acidentes de trabalho, tanto fatais como não fatais. O número de acidentes com ausência de quatro ou mais dias de trabalho aumentou em 2014 tendo tido 130.215 acidentes com mais de três dias de ausência, representando um aumento de 5,7% em relação a 2013. A Lei 102/2009, de 10 de setembro, do Artigo 15, especifica que, além dos riscos químicos, físicos e biológicos, o empregador deve assegurar que a exposição a riscos psicossociais seja limitada e que a segurança e a saúde dos trabalhadores não estejam em risco.

Além disso, algumas campanhas sobre riscos psicossociais no local de trabalho foram implementadas em Portugal. Essas campanhas são conduzidas pela Autoridade para as Condições de Trabalho (ACT) que é o órgão público responsável por promover melhores condições de trabalho, garantindo a conformidade com as regulamentações de trabalho e para a promoção de políticas de prevenção dos riscos profissionais, em estreita coordenação com sociais parceiros. Para a resposta "Sempre ou a maior parte do tempo", a pontuação de Portugal é maior do que a classificação da União Europeia. Para a resposta "Raramente ou nunca", a pontuação de Portugal é menor que a nota da União Europeia. A pesquisa da Eurofound conclui que alguns tipos de organização do trabalho estão associados a uma melhor qualidade de trabalho e emprego. Por conseguinte, o desenvolvimento ou a introdução de diferentes formas de organização do trabalho são de particular interesse devido aos efeitos esperados na produtividade, eficiência e competitividade das empresas, bem como nas condições de trabalho dos trabalhadores. Numa comparação entre Portugal e a União Europeia para os trabalhadores com "Idade: Todos" quando perguntados "Você é capaz de escolher ou mudar seus métodos de trabalho?". Para a resposta "Não", a pontuação de Portugal é maior do que a classificação da União Europeia. Para a resposta "Sim", a pontuação de Portugal é menor do que a classificação da União Europeia. Os dados são baseados na questão 54b da sexta "European Working Conditions Survey" (2015). A visualização de comparações nacionais apresenta uma visão geral comparativa dos valores de todas as respostas entre dois países selecionados.

Já para a atualidade, Portugal assinou um compromisso tripartido do governo para garantir o compromisso dos parceiros sociais com um aumento do salário mínimo de 5%, e uma redução das contribuições patronais para a segurança social de 1,25%, bem como sobre outras questões, incluindo a negociação coletiva e as políticas do mercado de trabalho (Eurofound, 2017).

Importante assinalar reportagem veiculada em setembro de 2007 que apresenta um Manifesto em defesa do SNS com 1001 apoiantes. O documento critica uma política de saúde *exclusivamente orientada para o tratamento da doença* e foco limitado na prevenção e promoção da saúde. Apoiaram-se em indicadores de vários estudos nacionais e internacionais para alertar para tempos de espera prolongados para consultas e cirurgias, o excesso de mortalidade entre idosos no verão e no inverno, para lembrar que existem mais de 800 mil utentes sem médico de família, para a diminuição da despesa pública da saúde em 21% entre 2009 e 2015, passando de 6,9% para 5,8% do PIB, e para a percentagem do financiamento

público dos cuidados de saúde prestados à população que "é desde 2014 das mais baixas da Europa a 28 (66%)" (Manifesto em defesa do SNS com 1001 apoiantes LEONARDO NEGRO/GLOBAL IMAGENS 06/09/2017).

4 PERCURSO INVESTIGATIVO

*“Tudo o que acontece à Terra –
acontece aos filhos da Terra.
O homem não teceu a teia da vida –
ele é meramente um fio dela.
O que quer que ele faça à teia,
ele faz a si mesmo.”*
(carta do chefe Seattle, Washington, 1854)

4.1 Trajetória do pesquisador

As primeiras tentativas de aproximação com o campo foram repletas de dificuldades e desencontros. Alia-se à esta questão o fato de ser Psicóloga do Trabalho, profissional da área de Gestão de Pessoas que representa os interesses de toda uma equipe e gestão de trabalho, estes impasses estão presentes em toda prática profissional e se tornam, muitas vezes, um impecilho para se continuar caminhando neste propósito. Como pode-se lidar com isso? Torna-se o desafio permanente. Conveniente registrar as estratégias de constrangimento em ter acesso a listagem dos trabalhadores em LTS na instituição, questionamento interno pelos colegas quanto a importância desse empenho, sendo sugerido outras instituições parceiras para campo empírico. No entanto, garante-se a ciência dos dados necessários, conforme atesta anexo A. Na procura de alternativas, mostrou-se vital empreendimento de conversas individuais com a equipe de trabalho, além da sugestão feita de entrega de convites individuais aos servidores após terem atendimento na Perícia Médica, visto não almejar qualquer tipo de constrangimento ou indução de participação (anexo B).

O fato de ser profissional atuante em relação direta com estas questões do trabalhador em adoecimento, faz ter um olhar em que os colegas e chefias não relacionam a doença ao ambiente e às transformações ocasionadas pelo mundo do trabalho. Neste momento se encontram em grande fragilidade, sendo ainda culpabilizados por sua condição de saúde. Este foi o sentido mais amplo de se almejar pensar numa alternativa simbólica de existência e de busca de ampliação de vozes nas narrativas dos trabalhadores em sua vivência de retorno pós adoecimento na administração pública em suas alternativas de possibilidades que existem, coexistem e se mantêm ativas, atuantes, revelou-se a visibilidade de proposição deste estudo.

Na Administração Pública Federal, o primeiro órgão de atenção à saúde do servidor público federal foi o Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público (SISOSP), instituído pelo Decreto nº 5.961, de 2006 (BRASIL, 2006). Sua finalidade era a de “uniformizar

procedimentos administrativo-sanitários na área de gestão de recursos humanos e promover a saúde ocupacional do servidor.”

Em 2005 a equipe do SESA0 iniciou a realização da Avaliação de Capacidade Laborativa e em 2007 ao incorporar a equipe como técnica profissional, este desafio continuou a se fazer existir, no modo de inclusão em equipe multiprofissional; ou seja, junto a auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos. O número de atendimentos primeiramente foram marcados para ocorrerem em atendimento pela equipe da enfermagem em relação aos sinais vitais e preenchimento de ficha de dados de saúde. Em seguida, encaminhamento para médico do trabalho, serviço social e psicologia do trabalho. Eram atendimentos feitos em separado, com cada profissional específico mas na maior parte das vezes, era feito em simultaneidade. A característica principal era a avaliação diagnóstica, entendimento do caso em si para se elaborar uma situação conjunta de prosseguimento.

Com a implementação do PASS a nível nacional, em todo o Brasil houve inauguração de novos centros de trabalho. Dentre estas criações, surgiu a URF para ser responsável pelos atendimentos desta esfera de pessoal atendido em situações de saúde quanto à reabilitação. No entanto, reabilitação em sua integralidade não se conseguiu corresponder à meta desde a sua origem. A realidade prática interpunha envolvia ações voltadas à avaliação em conjunto com a equipe da Perícia Médica após agravos à saúde serem diagnosticados por esta unidade. De modo sucinto aqui caracterizado, as atividades surgidas referiam-se: a avaliação diagnóstica dos casos atendidos, participação na discussão dos casos, elaboração do laudo final, procura institucional de setores para acolhimento de funcionários com restrições designadas em laudo, encaminhamento aos setores de lotação após conclusão da Avaliação de Capacidade Laborativa (ACL). Após emissão do laudo conclusivo pericial, fazia-se contato subsequente com o servidor para preenchimento de formulário de avaliação em 3 momentos específicos, referentes a após 30 dias, após 90 dias e, finalmente, após 180 dias no setor de lotação.

A percepção de que este preenchimento acarretava problematizações globais do servidor em seu ambiente laboral era nítido pelos intensos conflitos e dificuldades que se avolumavam. O resultado apresentava sinais de que a instituição preservava o atendimento em seu quadro funcional sem uma atenção pormenorizada e aprofundada nas demandas que se desenhavam nas situações surgidas no *afastamento ao trabalho* e no *momento de retorno ao trabalho*. Os apontamentos vislumbravam que o acolhimento e reinserção ficavam por conta do entrosamento e estabelecimento de relações interpessoais feitos por cada um sob seu

comando prioritariamente. Os formulários de avaliação enquanto procedimento técnico aplicado se mostravam um potente instrumento do processo de trabalho, no entanto, atendiam à satisfação da gestão institucional e não atendiam às situações nomeadas e apontadas no seu teor. Significa apontar que os conflitos evidenciados não eram abordados na íntegra, a dinâmica é a de sempre ser responsabilização individual, a performance do sujeito é que não se adequa às demandas e situações a si conferidas, jamais a de estar contextualizado. Deve também, corroborar o número insuficiente de pessoal para atender a demanda de toda a instituição universitária, sem dúvida nenhuma.

No quesito planejamento e organização interna, importante referir que o sistema SIASS enquanto órgão gestor nacional responsável pelas unidades de atendimento ao funcionalismo público federal, sediou a UFPR como uma unidade central. A unidade central UFPR congregava atendimento pericial à universidade UTFPR e ao IFPR. No entanto, em 2015, o IFPR organizou seu grupo específico de trabalho, desvinculando-se. Houve a assinatura formal do acordo entre as instituições partícipes em 2009, com a exigência de renovação a cada dois anos, fato que não se efetivou formalmente nos períodos seguintes. A ausência de um espaço integrado entre todas as unidades responsáveis pela atenção à saúde do servidor, unidades estas, correspondentes à Perícia Médica, SESAO e URF pode ter corroborado o esvaziamento desta urgência não efetivada na prática. Estar num mesmo espaço físico com comunicação cotidiana entre os profissionais confere resultado intersetorial, multiprofissional e principalmente, construção de saber coletivo. Aliado a outras questões, enumera-se dentre elas o questionamento da falta de colaboração econômico-financeira pra manutenção das equipes de trabalho, organização das salas necessárias, instrumentos e equipamentos de trabalho específicos. Esta se tornou um entrave a deliberações em vários níveis de análises quanto às contratações de pessoal, reunião dos setores responsáveis pela saúde do servidor num único local favorecendo a integração e união de esforços, Alia-se a este impedimento, inúmeras ansiedades nas equipes de trabalho por não ter este registro, assinatura formal do convênio deliberativo e ações em consenso.

A demanda pela discussão no Brasil sobre a atenção à saúde ao servidor federal operava com realização de diversos congressos, e fóruns nacionais para estabelecimento de entendimentos, discussões e debates para organização de diretrizes em seus diversos segmentos de planejamento e organização de ações. O reflexo nas equipes locais e regionais podemos

afirmar que se tornava inócua quanto a se reverter situações que poderiam necessitar de discussões e revisões, segue-se o normativo e o institucionalizado.

Neste momento pode-se incluir, a nosso ver, um dado significativo e uma onda ou movimento nacional emergente enquanto uma voz alternativa ao institucional padrão. Pode-se representar este movimento pelas participações de outros órgãos de interesse que surgiam para viabilizar entendimentos em outras facetas das situações laborais surgidas. Refere-se às entidades sindicais enquanto possibilidades de escuta das situações vivenciadas pelos servidores/funcionários em contrapartida às chefias/coordenações de setores ou áreas de atuação. Este denominador comum enquanto coletivo fez surgir outra forma de seguimento das situações existentes, ou seja, a necessidade de marcações de reuniões envolvendo todos os atores em foco: funcionário, chefia e representante sindical para exaustivas discussões sobre o estabelecimento de ações doravante.

Em 2012 ocorreu construção conjunta de estabelecimento de equipe multiprofissional de atenção à saúde do servidor (EMASS) para integrar a análise pericial dos casos atendidos pela equipe do SAPS, a Perícia Médica em si. A Perícia Médica teve regulação de ações bem delineadas pelo sistema SIASS, com Manual organizador desde o princípio quanto a: atendimento aos adoecimentos surgidos, a solicitação de atestados de saúde, emissão de laudos relativos às LTS de acordo com o regimento das Licenças Médicas (Lei nº 8112/90) quanto a Licença para tratamento de saúde do servidor e Licença para tratamento de saúde de pessoa da família.

A organização de uma equipe multiprofissional seguiu reunião de categorias em torno dos casos atendidos pela Perícia Médica, a saber, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e terapeuta ocupacional. (Anexo C). As diversas planilhas a seguir, de 2012 em diante referem-se a este período. Como nos referimos a questão da implicação do pesquisador, operou-se a inclusão neste trabalho doravante na URF por terem sido transferidas as atribuições da ACL; antes realizada no SESAO, para esta unidade, tendo como principal alegação a resposta de seguimento das restrições no trabalho. Esta foi a base de dissertação de mestrado pelo Gestor responsável pela Perícia Médica e responsável pela unidade SIASS-UFPR, não tendo tido a remuneração desta atribuição desde sua designação como dos demais integrantes por esta criação da sede no Paraná, além da unidade SIASS-INSS Paraná que teve organização e gerenciamento próprio.

Inúmeras situações se evidenciaram como potencializadoras de entraves para fortalecimento desta equipe multiprofissional no espaço institucional: o critério de fixação de pessoas nomeadas no grupo ao invés de composição de categorias em causa, surgimento de competição interna pela quantificação e produtividade registrada nas diversas planilhas construídas, e a lacuna de coordenação interna da unidade SIASS-UFPR após a aposentadoria deste, constituíram hipóteses elencadas.

Instaurava-se sobremaneira um jogo de equivalências díspares, desiguais em que inclusive a pessoa em processo de atenção à sua saúde era, no nosso entender, *disputado* pelos atores envolvidos; uma pessoa em situação de fragilidade emocional, alvo de toda essa situação. Os entendimentos na equipe de trabalho foram se dizimando ao ponto de se instaurar algo inimaginável a princípio, que era a discussão sobre a atenção à saúde em funcionários/servidores da esfera pública responsáveis pelos colegas também funcionários/servidores, ou seja, em posição imediatamente superior na escala hierárquica de posição. Quem cuida destes? A quem podem recorrer quando se sentem em condição de vulnerabilidade e fragilidade social?

Em conformidade com os casos específicos de cada um, os afastamentos do trabalho por motivo de saúde, as LTS, foram ocorrendo de modo sequencial e progressiva, com afastamentos do trabalho por esta equipe responsável pela atenção à saúde dos funcionários/servidores devido ao fato de se constatar não ter mais condições de organização mental, pessoal e de condução das atividades a si conferidas; identificadas especificamente por situações de casos similares aos que estava se deparando, vivenciadas no seu cotidiano! Podemos apontar o quão desfigurado e sofrível o momento se constituía. A culminação desta destituição por ora, representava um avanço e atenção à saúde mental dos integrantes da universidade. A fragmentação dos setores envolvidos na tarefa de cuidado e atenção à saúde do servidor continuou existindo, a necessidade urgente de revisão de procedimentos não se instaurou, coexistindo a mudança pretendida com a manutenção do *status quo* prévio, novamente amparado pela legislação em vigor, o discurso recorrente da legalidade e acomodação ao já existente.

Em seguida, a trajetória de realização de um programa de Doutorado perfaz intenso caminho de atividades e busca de conhecimento, participação no grupo de estudos NEST e consequente busca de realização de doutoramento sanduíche em Portugal, tornou-se ímpar. Tornaram-se possibilidades de estar junto a diferentes expertises centradas em pesquisas,

estudos da subjetividade e organização do trabalho, podendo propiciar investigação sob variados ângulos e nuances, ainda não devidamente percebidas e valorizadas.

Assim, mediante a vivência profissional numa instituição federal pública no Brasil, foi se constituindo como fundamental ter a caracterização dos profissionais de saúde neste tipo de dinâmica pública, do processo de trabalho e das condições de trabalho existentes, visando pois, ter um levantamento e melhor delineamento desta população interna, fruto da exploração e embate desta tese. O interesse foi a problematização sobre a questão de contínuos deslocamentos e remanejamentos internos entre servidores dos diversos setores e unidades da instituição pública federal, sem considerar efetivamente a repercussão na esfera psicossocial deste indivíduo. A intenção portanto foi de procurar apreender o trabalho real e verificar seu distanciamento do trabalho prescrito pela legislação normativa, estrutura organizacional. Estamos considerando como de essencial relevância este debate e estudo quanto à investigação aprofundada sobre a percepção destes servidores públicos em seu cotidiano laboral. Explorar a apreensão de: como lidam com a complexidade institucional? E qual é o impacto na saúde mental destas pessoas quanto à longa permanência em alguns setores e a decorrência no número de atestados de saúde progressivos?

A tentativa foi a de conhecer o mais detalhadamente possível as condições materiais e organizacionais do trabalho pela Saúde Mental do Trabalho. Além disso, tentar compreender o tipo de relação que atribuem às atividades que realizam, as pressões psicológicas que sofrem no trabalho e como se defendem das mesmas pela análise psicossocial na perspectiva da Saúde do Trabalhador. É, pois, necessário, fazer a observação direta dos servidores em situação de trabalho para coletar dados quanto aos ritmos, agressões ambientais, distribuição formal e informal das tarefas, escalas, formas de concepção e de realização do trabalho, modos operatórios e habilidades exigidas. Desse modo, mediante a prática discursiva das pessoas em seu cotidiano laboral, poder resgatar seu histórico profissional e de vida, relações interpessoais entre pares, com os clientes e hierarquia, as pressões psicológicas a que são submetidos e as defesas que porventura, podem elaborar contra elas.

A experiência se constituiu como um grande desafio e alegria poder ter a possibilidade de vivenciar a exploração desta temática, como sendo uma oportunidade de agregar muito mais que conhecimento prático. É o privilégio de convívio com uma multiplicidade de ideias e sentidos que fazem toda a diferença.

Sem acreditar que uma *Fonte tem mais água* que outra, mas encontrar em algumas o prodígio de fazer transbordar o que se tem de maior riqueza, que é a abundância infinita de cada um que ali chega...águas de vários lugares, se misturando e trazendo a possibilidade de se potencializar. É quando se pode perceber que há fontes de todos os lados e elas não se esgotam em discursos e práticas descontextualizadas. Uma fonte é saudável quando realmente opera em caminhos diversos, díspares, inusitados. Esta convivência e imersão não tem preço!

4.2 Conexão da essencial fundamentação ética

A necessária transposição de uma posição de profissional intimamente conectada com o campo de pesquisa traz intempéries e desafios que se impõem incessantemente tornando o caminho sinuoso, com fendas e atalhos nem sempre previsíveis, mas possíveis dentro de toda a trajetória social, que se faz no caminho, se constrói em conexão. As grandes questões que impactaram quanto ao processo ou atividade de conhecer e pesquisar foram inúmeras e não menos problemáticas, já que possibilitaram mais questionamentos e indagações, do que propriamente respostas e resolutividade. Consideramos que a organização, método e instância do pensamento científico mais vigente na sociedade contemporânea, datado na metade do século XX, é predominantemente voltado pra a abstração e controle no objeto de estudo, ou até mais especificamente, de um modelo de ciência com padrões da natureza biológica ou física e não uma ciência deste homem em sua perspectiva ontológica de ser. Caracteriza pois, uma angústia nas condições do pesquisador/observador que necessita sair de sua *condição de uma suposta sapiência* para uma possibilidade que não são dadas à partida do empreendimento de estabelecer conhecimento da realidade em si. A conexão se faz fazendo, em conexão com o campo, ao se colocar à disposição e em interlocução dinâmica.

Referimos que a realidade não precede a prática profissional de inserção, é antes modelada por essa prática enquanto contínua relação estabelecida. A relação profissional é consonante ao vivido. Assim, há um modelo ou pensamento de ciência, onde se impera as determinações e sobrevalência da regra, norma e esquemas de conjunção intra e inter-relação baseados na linearidade (como se existisse separada do pesquisador) e a não constituição da relação por si mesmos, em contínuos movimentos do vir a ser. O método ou a atitude do pesquisador é o de ter um método mediante a incumbência ou atitude de preocupar-se com o “acompanhar processos” da realidade com a qual se interessa, sendo existente em constante

mutação. Essas indagações têm repercutido na reflexão sobre o próprio fazer científico, questionando sua assunção básica de correspondência com uma realidade externa objetiva na formulação de seus problemas essenciais.

No viver humano em sua constituição e gênese, a linguagem é um instrumento básico e universal, que nós, seres humanos, usamos pra nos comunicar e nos fazemos no mundo. A nossa ontogênese se realiza segundo parâmetros vigentes e existentes naquele período ativo, numa experiência de aparente estabilidade ou seja; é sempre transitória a contingências a que se submete. Pode-se entender que nada é dado previamente independente da nossa prática seja ela na ciência, filosofia ou vida cotidiana. Estas reflexões levam a conectar com as indagações como pesquisadora da temática problematizadora no campo da saúde e trabalho no serviço público federal, na produção de adoecimento dos servidores em afastamento por longos períodos de licenças de saúde. São várias questões que se interpelam: como a de se estar seguindo pressupostos congruentes e caracterizados objetivamente? Como criar metodologia de apreensão da realidade dos trabalhadores do serviço público federal que se constitui adoecido? Afinal, queremos entender como o processo de saúde se constitui ou está saúde!

Perscrutar a dualidade do *estar* em diferentes níveis da condição saúde, o estar e ser saudável, como a flutuante ordem das coisas. O estar adoecido ou estar saudável de modo geral, é como submeter-se a diferentes estado de coisas institucionais ou normativas e alternar entre aceitação e resistência, ao mesmo tempo, movimento bilateral entre saúde e trabalho.

O discurso não constitui um sujeito unilateralmente, mas simultaneamente e, por isso, a mesma norma que aprisiona traz em si a possibilidade de resistir a ela.” (...) Estudar a relação entre subjetividade e trabalho é estar atento, portanto, não apenas às formas de assujeitamento, mas também às transgressões e às possibilidades de invenção de outros modos de lidar com as normas, quiçá transformando-as (NARDI, 2006, p. 273)

É a insaciabilidade do ser, que ultrapassa sempre suas necessidades, vai além da normalidade consensual, é referir que “se podemos falar em homem normal, determinado pelo fisiologista, é porque existem homens normativos, homens para quem é normal romper as normas e criar novas normas.” (CANGUILHEM, 2012, p.112)

Esta dualidade de início da problematização de fato existe, perguntamos? A dualidade apontada entre o saber científico já fixo e a mobilidade da pesquisa enquanto caminho. Acreditamos que são visões equidistantes e talvez imperialistas, julgamos dizer inicialmente, mas que convivem no mundo científico e filosófico que; são impregnados de ambas as tendências. E o que privilegiaremos enquanto olhar e debruçamento sobre as inúmeras

variáveis, condicionantes existentes e como está a emoção imersa nesta trajetória? A pesquisadora estaria conectada com as inflexões e derivações substantivas do desejo no processo de captação dessa realidade? Para explicar o fenômeno do conhecer, o que teria que fazer é explicar este ser humano por si mesmo primeiramente; explicar este conhecedor, que é o sujeito ou qualquer um de nós aqui com sua inflexão emocional.

Isso exige definirmos um ponto de partida e, ao mesmo tempo, especificarmos um certo espaço de reflexão e de pergunta. É muito intrigante e complexo perceber que as explicações são reformulações da *experiência*, mas nem toda reformulação da experiência é uma explicação, assim sendo: conseguiríamos dar ou captar algum sentido nessa experiência de contato com a realidade do serviço público federal em todas suas nuances e interfaces legais, operacionais e corporativas? Já que toda explicação é uma reformulação da experiência com elementos da experiência como parte do fenômeno: como conectar consigo mesmo de forma que o fundamento ou domínio argumentativo seja feito como *aquele que foi possível* na própria abrangência e limitação cognitiva de pesquisadora, com as conexões e interfaces do campo do real, mas sem a pretensão de ser esta produção do real, o único, válido e generalizador como se existisse um domínio absoluto por si.

Indagamo-nos quanto a possibilidade de abarcar a realidade do serviço público no tocante ao impacto à saúde no *retorno* a atividade após afastamento por longos períodos, o quanto se apresenta a precarização e despertencimento social?

O processo de despertencimento social, como vimos, é produzido no seio da flexibilização, pelo binômio terceirização/precarização. Conduz à fragilização dos laços e dos referenciais de pertencimento social, levando, no limite, à desagregação social, com a proliferação de toda sorte de violência social, sofrimento e adoecimento, com destaque para as patologias musculoesqueléticas (LER/DORT) e os transtornos mentais cada vez mais frequentes, sem limites de classe, gênero, etnia, idade etc. (FRANCO, T., DRUCK, G. e SELIGMANN-SILVA E., 2010, p.243).

Se no espaço institucional federal de tanta hierarquização em que nos debruçamos, com limitada aceitação mútua das diferenças entre as pessoas e seu ambiente de trabalho, esta pesquisa e análise do fenômeno social será elucidativa quanto à desigualdade de relações de trabalho? Esse questionamento se interpõe continuamente. Essa desigualdade possível de ser destacada poderá refletir que estas relações sociais de trabalho, são realmente sociais na acepção da palavra e entendimento? Alguém vai querer ouvir? Possibilitaria real escuta e visibilidade das vozes anônimas identificadas genericamente como *funcionalismo público*?

As indagações portanto, circunscreve-se quanto ao conhecimento produzido possa se constituir em espaços de agenciamentos e de interações que proporcionem ações, convivências que possam surgir de encontros de aceitação entre todos os envolvidos com as condições desse conhecimento. A saber, a pesquisa de conhecer em seu domínio de experiências com um linguajar e problematização específica, mas que possa ser considerada válida por seus pares em ciência, observadores-padrão como a pesquisadora deste trabalho, numa mesma condição histórica social da política pública federal.

É vital evitar qualquer identificação das partes envolvidas, prevenindo-se quaisquer constrangimentos possíveis ao compreender que uma questão de pesquisa não coaduna com a neutralidade, esta é produzida no encontro com um determinado período histórico, social, político e econômico. As escolhas ou possibilidades criadas são produzidas baseadas em referencial histórico pessoal e subjetivo que não são casuais, circunscrevem-se a dimensões temporais, cognitivas, sociais e simbólicas. Escolhas derivadas portanto, da implicação institucional da pesquisadora no universo do adoecimento. Assim, ao debater e refletir sobre saúde mental no espaço público e suas interfaces administrativas e legais existentes, destaca-se o território vivido como uma extensão do corpo, como espaço de vida, de trabalho, de comunicação social, de dificuldades, de lutas e de intenso investimento subjetivo.

Numa correspondência ao sentido ético, palavra que advém do grego *ethos* significando *modo de ser* ou *caráter*, deparamo-nos com regimento dos valores na vida prática, e relacionamentos interpessoais em geral. Esses aspectos estão plenamente em evidência no posicionamento das pessoas em vida, e de que maneira elas convivem entre si ao conviverem com adoecimento em sua vida. Esta construção de base ética, percebemos nortear a conduta do ser humano, considerado como padrão imprescindível e fundamental em analogia direta aos fenômenos da relação saúde-doença enquanto processos sociais. Sabemos em uníssono, no nosso entender, que processos sociais são históricos, complexos, fragmentados, corporais, conflitantes e incertos.

4.3 Modo de investigação: os movimentos entrelaçados no tempo

Sabendo que a seleção de outros referenciais poderia desencadear diferentes percursos, esta investigação se inscreve em *dois principais momentos*, aqui apontados como movimentos interconectados. Interconexão devido a identificar percurso desenvolvido com os participantes

trabalhadores em situação de longos períodos de afastamento ao trabalho no Brasil e em seguida, em Portugal, seguindo os protocolos específicos dos comitês de ética e pesquisa correspondentes.

A escolha pela *investigação qualitativa* tem a vantagem da proximidade com os interlocutores, preparação prévia quanto ao conhecimento próximo das pessoas, a busca da empatia nos contatos informais concernente ao espaço social circundante, tornando esta característica um diferencial positivo, distante da evitação deste objetivo. Durante todas as etapas da pesquisa entende-se como fenômeno social e historicamente circunscrito todas as implicações quanto ao objeto de estudo implicado: os participantes da pesquisa, a pesquisadora e seu conjunto de representações teórico-ideológicas; os procedimentos e técnicas de pesquisa utilizados como o conjunto de relações interpessoais ao longo de todo o caminho percorrido em interação. Segundo Minayo (2013), o investigador embrenha na etapa de análise do material qualitativo com o pressuposto de que é necessária a superação da análise espontânea e literal dos dados obtidos, adicionando igualmente à esta, a dificuldade de somar as descrições ou opções metodológicas com a análise do campo e objeto de estudo.

Sendo um processo no qual o pesquisador se insere em um determinado contexto e se envolve com as pessoas e suas atividades, a observação participante é considerada, antes de um método, uma estratégia que permeia toda a investigação. É parte integrante de todas as etapas e fases existentes. Inserindo-se nas práticas sociais dos sujeitos da pesquisa, além de se tornar parte do contexto pesquisado, o pesquisador modifica o meio e também é constantemente modificado por ele (FLICK, 2004; SCHWARTZ, 1955).

Nas observações realizadas, é importante destacar o contato pelo telefone, e-mail e ida ao local de trabalho do trabalhador, que constituíram o Diário de Campo. As anotações envolvem detalhamento dos fichamentos de cada um da população amostral original, ou seja, as 60 pessoas possíveis de serem entrevistadas por comporem a regra básica utilizada de número de afastamentos ao trabalho (acima de 120 dias) no ano de 2016. Compõem anotações breves dos contatos feitos, datas dos telefonemas, marcações e remarcações sucessivas.

A busca ativa das marcações das entrevistas anuncia as relações estabelecidas como comunicação interpessoal no qual é possível desenvolver-se através do tempo, com reconhecimento e interação. Porém, já configura-se as vicissitudes da contemporaneidade da função pública na qual predominam as relações dissociadas, difusas, marcadas pelas transformações da relação do sujeito com o tempo, limitação ou falta deste, em que o tempo se

tornou o ponto central na determinação dos laços sociais, subjugado pelo sistema de acumulação flexível. Os valores imperariam quanto à uma nova roupagem para o intento do modelo capitalista acarretando maior produção, maior lucratividade e um menor custo. A essa questão, soma-se a descrição de SENETT (2010), que caracteriza o sistema econômico atual pela ênfase na flexibilidade, agilidade nas tarefas, mudanças constantes, projetos para serem elaborados e executados em prazos mínimos. A dinâmica do trabalho adquire um novo sentido, pois o trabalho isolado e fragmentado interdita as possibilidades de atribuir significados ao trabalho pelo trabalhador. As novas maneiras de organizar o tempo, sobretudo o tempo do trabalho são características distintas do novo capitalismo. Tempos que não se diferenciam em NO/FORA trabalho, além de limitado exercício de protagonismo.

O que sobressaiu de forma direta e sucessiva foram as diversas formas de *descarte*, ou por que não dizer, *recusa* em participar da pesquisa, sem se conseguir designar completamente os motivos dessa ação. Fundamental no entanto, é caracterizar que este estudo e pesquisa tiveram a condução da entrevista como um dos pilares da sistemática de condução essencialmente aberta, focada na relação com o participante de modo a torná-lo sujeito ativo desde o início. Era uma condição *sine qua non* pra realização do objeto de estudo com interatividade e busca da naturalidade e descontração enquanto processo.

Indo além das relações entre idade, condições de trabalho e estado de saúde pelos afastamentos motivados pelo adoecimento, fez-se a imersão numa análise que visou, sobretudo, o estabelecimento de novos trilhos que nos permitiram estabelecer um pensamento divergente sobre a temática e acabou por revelar pistas importantes para o desenho da nossa investigação. Os fatores significativos compõem as questões essenciais de investigação quanto a exploração do processo de adoecimento pelas narrativas dos interlocutores; a interferência institucional nas condições sociopolítico-econômicas vigentes para manutenção das idiossincrasias enquanto particularidades; e as possibilidades de enfrentamento face ao existente.

Sabemos ser ímpar o contato com os atores participantes em seu contexto real de trabalho fazem parte das características dos métodos etnográficos (COULON, 1987), numa lógica que traz implicações para a contextualização do discurso destes atores enquanto atos produzidos num dado ambiente ou campo específico. São circunscritas e contextualizadas em relação interna com a experiência vivida, em que as transformações significativas podem motivar uma nova organização da narrativa, dar novos sentidos à experiência. O carácter paradoxal da biografia, que está sempre completa sem jamais o estar (CABANES, 2002), o que

significa que o discurso recolhido é a verdade do momento em que foi dito, sob influência do contexto e dos determinantes situacionais em que foi produzido. Biografia construída *enquanto* a pessoa é convidada a refletir, rever suas condições de saúde em sua trajetória de vida.

O primeiro movimento

Após um panorama teórico-conceitual inicial, são apresentados os aportes teórico-metodológicos que dão suporte a este estudo. A estratégia metodológica escolhida centra-se em etapas interdependentes em momentos que se interpõem de forma contínua. A possibilidade de se fazer uma pesquisa analítica, qualitativa e não apenas descritiva é muito instigante quanto à coexistência dessas vertentes de análise.

Sabe-se que a utilização de um instrumento coerente de amostragem é crucial, existindo questões claramente associadas, como a especificidade da amostra pela condição de afastamento ao trabalho por condições de saúde como perfil da população alvo, bem como o conhecimento das características da população quanto ao vínculo empregatício e subordinações derivadas, relevantes para o estudo. A amostra é constituída por funcionários trabalhadores do serviço público nos regimes subordinados ao Regime Jurídico Único (RJU) da Universidade Federal. Foram considerados os longos períodos de afastamentos em saúde (superiores a 120 dias) no período de 2016. Esse se tornou um *critério de corte metodológico* para análise dos processos de afastamentos em saúde, as ausências do trabalho motivadas por questões de saúde. Uma análise inicial pode parecer ser um mero detalhe discricionário, opcional, no entanto, equivale a enfatizar o momento crucial de vivência da trajetória profissional do trabalhador quando se depara com as situações de adoecimento em si.

Mediante a experiência profissional no campo do atendimento aos casos ou estudos individuais com os profissionais em situação de afastamento ao trabalho por concessão de licenças de saúde, iniciou-se a busca pela população integral neste período escolhido, primeiro semestre de 2016. Para tal, foram necessárias cartas e ofícios ao grupo dirigente da instituição para efetivação da empreitada, tida pelos colegas próximos como adverso e oposto ao insofismável.

A amostra corresponde portanto, a seis (6) participantes, agentes ativos da pesquisa realizada no Brasil, que são apresentados individualmente nos trechos de referência. Pelo recurso do sistema NVivo11 de análise qualitativa integrativa à Análise Temática realizada foi identificado os trechos de referências nestas entrevistas individuais empreendidas com a

pesquisadora. Este numeral não é significativo por si, ele refere sem dúvida a força de participação dos integrantes partícipes dessa temática no sentido de engajamento após o aceite.

O destaque diz respeito ao compasso de interação e permuta entre as pessoas, comunicação entre os universos da pesquisadora e os participantes que aceitaram o convite para composição do grupo da pesquisa. Este é portanto, o território ecológico da pesquisa; os pontos de vista constituintes dos grupos culturais específicos.

No quadro que se segue encontra-se sistematizada a população entrevistada no Brasil, constituída por 6 participantes, sendo um deles em períodos distintos, a saber, durante a licença de saúde e após a alta, no ambiente de lotação designado (*na tabela 1).

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica dos participantes no Brasil.

Nome dos Participantes	Idade	Gênero	Estado civil	Nº de filhos	Cargo	Campus de trabalho	Tempo da entrevista	Dias acumulativos de licença	Escolaridade	Tempo de casa
Alice	45	F	Separada	2	Auxiliar de Enfermagem	Campus Politécnico	45:39	223 dias (7meses 13d)	superior	25a3m
Antônio	41	M	casado	1	Técnico em Radiologia	Instituição hospitalar	55:10	81 dias (2meses 21d)	curso técnico	18a2m
Cesar	67	M	casado	2	Médico	Campus Politécnico	1:49:08	1431 dias (47meses 21d)	Pós - graduação	26a6m
Marcos	33	M	casado	0	Auxiliar de Biblioteca	Campus Politécnico	1:34:24	308 dias (10meses 8d)	curso técnico	12a5m
Maria I e Maria II *	46	F	Sol teira	0	Auxiliar de Enfermagem	Instituição hospitalar	45:39 e 56:16	223 dias (7meses 13d)	superior	23a9m
Vera	56	F	casada	1	Enfermeira	Instituição hospitalar	1:15	422 (14meses 2d)	superior	21a3m

* entrevista em dois momentos distintos: durante a licença de saúde (LTS) e Após a Alta.

Importante caracterizar o contato realizado com as pessoas que compunham a relação dos funcionários servidores contidos na planilha entregue para convite a participação na pesquisa pelo telefone, e-mail e ida ao local de trabalho do trabalhador. Inicialmente fez-se solicitação a Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas (PROGEPE) da permissão para manusear os arquivos contendo os dados das pessoas na condição de (LTS), conforme atesta o assunto de Ciência e Autorização aos dados do SAPS, URF e SESAO (anexo A). Os comprovantes requeridos ao desenvolvimento da pesquisa estão apresentados na Carta de aprovação de realização da pesquisa pela PROGEPE, sede institucional da pesquisadora, (Anexo H), Carta

de autorização do Comitê de Ética -CEP do Centro Hospitalar Hospital de Clínicas (Anexo I) e igualmente, Ata de aprovação da Banca de Qualificação na UFRGS (Anexo J).

Além destes formulários para as pessoas terem ciência da pesquisa que estava em curso sobre a temática de exploração da condição de saúde dos integrantes da instituição para chamado dos mesmos a conversarem com a pesquisadora, igualmente se entregava um cadastro aos trabalhadores na recepção do serviço de Perícia Médica da instituição federal (Anexo B). Nenhuma dessas alternativas se mostrou cativante, nem contato por e-mail. Da relação de 60 pessoas relativo ao primeiro semestre de 2016, houve adesão de 6 profissionais a serem entrevistados no decorrer de seu trabalho profissional, equivalente a 10% do grupo almejado.

Argumenta-se como relevante a *tônica do tema* em questão ser adoecimento no trabalho sujeitar apreensão, levando as pessoas a terem atitude de preservação da sua historicidade psicossocial como indicadores em potencial para esta renúncia à comunicação com a pesquisadora. Apreensão e cautela haja visto ser trabalhador em atuação, no exercício laboral e, estar afastado por motivos de saúde instaurar uma conjunção de fragilidade e vulnerabilidade em suas condições psicossociais.

As entrevistas individuais (modelo prévio no Anexo D) foram áudio gravadas com o consentimento dos entrevistados mediante o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (anexo E) para que, logo em seguida, fossem as entrevistas transcritas, para atentar de imediato à contiguidade das nuances do convívio estabelecido. Esta atividade se deu após aprovações requeridas: primeiramente do Comitê de Ética da UFRGS, Parecer Positivo 1.386.763 em 11/01/2016 (Anexo F) e, em seguida, aprovação do Comitê de Ética da UFPR, Parecer positivo em 01/04/2016 (Anexo G).

O segundo movimento

Nos caminhos percorridos pela pesquisadora na busca de compreensão e alternativas, seguiram-se idas e vindas no sentido de atividade exploratória para organizar o caminho de aprofundamento temático proposto. Em paralelo à formação regular do Doutorado, efetivou-se contato com autoridade administrativa e gerencial do Centro de Formação do Centro Hospitalar São João (CHSJ) possibilitando a indicação de *Estágio de Observação Participante* nesta instituição, conforme comprovação (Anexo K). O percurso que se emergiu foi oportunidade

de realização de Estágio Doutoral mediante relações de intercâmbio internacional entre as universidades partícipes, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Universidade do Porto em Portugal (UP-PT). O interesse teve como objetivo vivenciar a experiência de pesquisa em temática dos estudos doutorais, o que foi oportunizado pela aceitação do intercâmbio para que se realizasse o Estágio neste processo. Pode-se acrescentar formação na investigação em Psicologia do Trabalho quanto a contribuição para a Saúde do Trabalhador.

Nesta possibilidade portanto, a busca centralizou-se no terreno metodológico com rigor e transversalidade de saberes em estudo e pesquisa, correspondente ao Grupo de Investigação em Psicologia do Trabalho no *Centro de Psicologia da Universidade do Porto, Portugal, CPUP* da FPCE-UP, sob orientação da *Prof.^a Dr.^a Marianne Lacomblez*, mediante aceitação no Programa Doutoral da UP no âmbito deste intercâmbio sanduíche com o Instituto de Psicologia da UFRGS.

Esta oportunidade de participação no Programa possibilitou a vivência e aprendizagem num centro de expertise que proporciona ampliação do saber e debate num *modus operandi* pelo estudo, pesquisa e análise da Atividade de Trabalho²³, operacionalizada em artigo científico publicado em Anais do 7º Congresso Íbero-Americano em investigação qualitativa, 8CIAIQ (Anexo L).

Constituiu, desse modo, a busca por abranger uma mobilização física e psíquica desconhecida em parte pelo próprio trabalhador e não apreendida pelo mesmo. A vinda pelo intercâmbio para Porto se conectava com o Serviço de Saúde Ocupacional (SSO) que se mostrou realmente efetiva enquanto proposta devido ao aceite formal pela coordenação médica do serviço, em contato sequencial conduzido. A possibilidade deste Estágio oportunizou a familiarização, conhecimento da dinâmica institucional, o jogo de idas e vindas nos corredores do corpo funcional, o contato os usuários na busca à instituição por atendimento em suas diversas especialidades, as diligências por informação pelas pessoas nos elevadores e corredores para encontrar os setores e unidades específicas necessárias à sua condição de saúde.

A viabilização de Estágio de Observação Participante no CHSJ acabou se constituindo enquanto apreensão de conhecimento numa realidade institucional hospitalar com características semelhantes às da instituição brasileira originária do estudo e pesquisa doravante. A referência que pode se fazer é a constatação de que a incidência de ausências ao

23 “A grande genialidade da atividade é conseguir colocar em síntese o conjunto...” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p. 204).

trabalho por adoecimento do trabalhador, recai incisivamente sobre os trabalhadores do quadro de pessoal do centro hospitalar, ou seja, os profissionais de saúde são portanto, a maioria da ocorrência de absenteísmo.

Neste processo de intercâmbio, sucedeu a continuidade de estudo sobre os desligamentos motivados por *ausências/“baixas”/afastamentos do trabalho por adoecimento/condições de saúde* dos funcionários em Portugal. Transcorria portanto, campo de pesquisa com trabalhadores em outro contexto socioeconômico cultural, mas com interfaces e similaridades, interligado pela linguagem matriz sob aspectos de subordinação pela estrutura da organização federativa ou de governo do Estado.

Assim, em dezembro de 2016 foi submetido um projeto de pesquisa ao Centro Hospitalar em Portugal, com aprovação na Comissão de Ética para a Saúde -CAS, com Parecer positivo 363-16 em 12/01/17, intitulado *Atividade de retorno ao trabalho e experiência do adoecer: contribuição da Ergologia à Saúde do trabalhador* (Anexo M).

O intercâmbio possibilitou a configuração sócio-histórica dos trabalhadores na instituição hospitalar, relativo ao recolhimento de dados funcionais destes no primeiro semestre de 2016, janeiro a julho de 2016. Uma questão fundamental para se ter o mesmo encaminhamento metodológico do projeto de pesquisa aprovado no Brasil pelo CEP, obedecendo aos mesmos critérios de coerência e objetividade na investigação proposta. A possibilidade de análise comparativa dos dados de afastamento em 2016 com os últimos três anos (2014 a 2016) se efetivou mediante o Estágio Participante ter sido no Serviço de Saúde Ocupacional, que sedia estas verificações anuais de seu grupo funcional.

Foram realizados *Diário de Campo* e *Entrevistas individuais semiabertas* com criação do *Método da Entrevista de Reconstituição Biográfica* em profundidade durante a jornada de trabalho dos trabalhadores, havendo marcações e remarcações tanto quanto fossem necessárias ao objetivo almejado.

Desse modo, apresentou-se como consequência natural do processo de trabalho investigativo o caminho de abordar o delineamento de estudo e pesquisa com as pessoas participantes nas universidades partícipes no Brasil e Portugal, tendo como critério primax o período longo de afastamento ao trabalho, (acima de 120 dias) e repercussões na sua saúde mental, vida pessoal e profissional em geral.

Além disso, a participação se caracterizou como ativa e criadora de fronteiras intercambiantes e entrelaçadas entre si. O que se vislumbrou como elo de ligação no campo

prosseguiu com a participação ativa em todos os momentos de contato, sejam estes por telefonema, e-mail, busca ativa no setor ou unidade de trabalho, contato com as chefias para liberação e negociação da ida à entrevista programada com antecedência. Um percurso metodológico com entrelaçamento de afetos e disposição em fazer parte desta pesquisa.

A metodologia de natureza qualitativa teve as diretrizes elucidativas e esclarecedoras de pesquisa na *Análise Temática* de BRAUN V. e CLARKE, V. cujo caráter investigativo é demarcado internacionalmente. A busca por temas ou padrões derivados dos procedimentos investigativos, proporciona uma maneira deliberada e rigorosa de análise pela ação contínua de leitura exaustiva do material, categorização e revisão deste estabelecimento de forma incessante e ininterrupta.

É importante mencionar que a utilização da ferramenta *NVivo 11* para exploração e categorização do material igualmente suscitou desenvoltura e agilidade ao período de investigação que se deu entre 01 de março de 2016 a 30 de junho de 2016 no Brasil e de 12 de setembro de 2016 até 30 de junho de 2017 em Portugal.

Tendo em vista o percurso teórico-metodológico adotado na pesquisa de Análise Temática, estas falas podemos dizer, advêm de um *lugar* que necessita ser demarcado, pois denuncia sentidos e simbologias circunscritos a ele. Isso significa que provêm isso sim, de um determinado momento e contexto histórico, momentos estes, articulados e conectados com as circunstâncias sociais em seu entorno, carregadas de nuances históricas e dialéticas. Contextos construídos e reconstruídos incessantemente. Nesta concepção, é preciso entender em que contexto ele foi produzido atribuindo importância tanto ao discurso ou texto em si, quanto aos silêncios que são, ao mesmo tempo, ambíguos e eloquentes.

Equivale mencionar que a codificação e categorização se estabelece pela familiaridade com o material linguístico, em leituras contínuas e exaustivas objetivando obter regularidades que indicam elementos de semelhanças e diferenciação, agrupados em função de características comuns. A análise temática possibilita uma série de significações associadas devido a possibilidade de organização, codificação e categorização do conteúdo linguístico das falas dos participantes. “Enquanto a AD busca os efeitos de sentido relacionados ao discurso, a AC fixa-se apenas no conteúdo do texto, sem fazer relações além deste. A AD preocupa-se em compreender os sentidos que o sujeito manifesta através do seu discurso; já a AC espera compreender o pensamento do sujeito através do conteúdo expresso no texto, numa concepção transparente de linguagem. Significa dizer que “ao se trabalhar com a palavra, permite de forma

prática e objetiva produzir inferências do conteúdo da comunicação de um texto replicáveis ao seu contexto social” (CAREGANATO & MUTTI, 2006, p.684).

4.4 Observação Participante em um hospital público e seu cotidiano de vida

Neste estudo, o processo de inserção e de participação nas atividades vividas pelos trabalhadores investigados pode ser considerado uma estratégia central frente aos objetivos de pesquisa delineados. Na tentativa de compreensão do vivido, a inserção do pesquisador num determinado contexto é considerada fator essencial de ligação com o fenômeno, não sendo nem distante e nem vago em aproximação interpretativa. Portanto, a *implicação* do pesquisador com a temática e método da *Observação Participante* demonstrou ser caminho proveitoso e conectado aos objetivos propostos de trazer um clima de confiança e disposição à familiaridade social. Para entender a complexidade de muitas situações, a participação direta e a observação participante do fenômeno de interesse pode ser o melhor método de pesquisa, considerando-se como uma estratégia no conjunto da investigação e um método em si mesmo.

Em relação à realidade do *CHSJ*, foi necessária caracterização de suas especificidades, quadros de pessoal existentes, atendimentos realizados pelos setores competentes, etc. Concernente à demanda apontada pela coordenação hospitalar do SSO, o interesse recaía sobre a relação de ausências ao trabalho no ano de 2014 por se ter já uma base de dados computada. Todavia, para conhecimento da realidade num contexto sócio-histórico similar ao brasileiro, deu-se início ao Estágio de Observação Participante na instituição *CHSJ* em que se poderia ter acesso a alguns dados de ausências ao trabalho neste período.

Desse modo, pela *Observação Participante* na instituição, em conversas com a equipe de trabalho do SSO, obteve-se o fornecimento de dados dos funcionários a partir de uma agência de informática externa ao centro hospitalar, contratada especialmente pelo hospital para registro dos trabalhadores da instituição hospitalar com caráter de classificação administrativa e epidemiológica. Importante mencionar no entanto, que havia lacunas nos informes apresentados, havendo necessidade de efetuar valor aproximado nos dados obtidos. Relataram que todas as pessoas admitidas no *CHSJ* nem todas podem vir para Consultas no SSO ou no setor de recursos humanos RH, ou seja, o número de pessoas que vieram para consultas não são

exatamente admissões no hospital. De 1968 até 2017 existiam 14201 registros de pessoas/trabalhadores que compareceram à instituição CHSJ, ou seja, desde Admissão, Reforma, Demissão e demais procedimentos administrativos, conforme caracteriza a tabela 2.

Tabela 2: Quantitativo de Licenças de saúde do CHSJ de 2014 a 2016

Número de trabalhadores CHSJ	2013	2014	2015	2016
trabalhadores Ativos	4867	4990	5228	5500
Consultas	141	202	293	14
no SSO Admissões RH	96	123	238	272

Na listagem recebida pelo hospital da relação dos funcionários com longos períodos de ausência (acima de 120 dias), são fornecidos dados sobre número de ausências ao trabalho e motivos de ausências conforme o regime de trabalho, conforme tabela 3.

Tabela 3: Quantitativo de Licenças de saúde acima de 120 dias do CHSJ de 2014 a 2016

Número mecanográfico do funcionário (pasta funcional)	Ausências ao trabalho – dias perdidos	Junta Médica	Permanência no Domicílio
1	120	FALSO	VERDADEIRO
2	23	FALSO	VERDADEIRO
3	280	FALSO	FALSO
4	251	FALSO	FALSO
5	261	FALSO	VERDADEIRO
6	120	FALSO	FALSO
7	134	FALSO	VERDADEIRO
8	185	VERDADEIRO	FALSO
9	121	FALSO	VERDADEIRO
10	180	FALSO	FALSO
11	120	FALSO	FALSO
12	144	VERDADEIRO	FALSO
13	342	VERDADEIRO	FALSO
14	126	FALSO	FALSO
15	150	FALSO	VERDADEIRO
16	214	FALSO	VERDADEIRO
17	180	FALSO	VERDADEIRO
18	153	VERDADEIRO	FALSO
19	120	FALSO	VERDADEIRO
20	132	FALSO	FALSO
21	120	FALSO	FALSO
22	233	FALSO	FALSO
23	280	FALSO	VERDADEIRO
24	251	FALSO	FALSO
25	261	FALSO	FALSO
26	120	FALSO	VERDADEIRO
27	134	FALSO	FALSO
28	185	FALSO	FALSO
29	121	FALSO	FALSO
30	180	FALSO	FALSO
31	120	FALSO	VERDADEIRO
32	144	VERDADEIRO	VERDADEIRO
33	342	FALSO	FALSO
34	126	VERDADEIRO	FALSO
35	150	VERDADEIRO	FALSO
36	214	FALSO	FALSO
37	180	FALSO	FALSO
38	153	FALSO	FALSO
39	120	FALSO	FALSO
40	132	FALSO	VERDADEIRO

Na tabela de registos administrativos da unidade hospitalar, menciona-se quanto aos dois sistemas de saúde conforme o regime de trabalho público e privado. A identificação da Junta Médica (JM) por *FALSO* significa que o funcionário ainda não compareceu a JM, não tendo decorrido o tempo mínimo de 30 dias para tal, sem análise. A identificação *VERDADEIRO* refere-se ao resultado obtido após o atendimento na JM atestar a validade dos atestados de saúde obtidos, mantendo a licença de saúde, ou seja, a permanência no domicílio ao trabalhador.

Nos resultados da JM apresentam-se anotações dos funcionários discriminadas por quatro (4) situações de registo, a saber:

- Primeiramente a condição *aleatório* referindo-se a não ter sido feito nenhum tipo de registo, vinda voluntária do funcionário, sem marcação prévia pelo SSO.
- Um segundo tipo de anotação é a de verificação de *Incapacidade ao Trabalho*, onde são feitos pedidos da entidade patronal CHSJ com direito de antiguidade de 30 dias tanto por admissão da entidade pública quanto privada. Quanto às avaliações de Incapacidade ao trabalho denominadas de Fichas de Aptidão Física, os funcionários na função ou administração *pública* ao final de 90 dias (3 meses) podem ser chamados para ir pra JM sendo encaminhados à Caixa Geral de Aposentações (CGA) ou ADSE. São os *funcionários públicos da saúde* apenas. já os funcionários com contratos por tempo determinado na instituição, os denominados da função *privada*, já ao final de 30 dias pelo Sistema Nacional da Saúde (SNS). O SNS funciona para população em geral, tanto no sistema público como privado.
- Um terceiro tipo é o dos funcionários serem chamados pela JM em menor tempo devido à condição de se ter *muitos atestados* seguidos, derivados da própria instituição hospitalar. O diretor de serviço solicita ao SSO que envia ofício à JM.
- E o último tipo, caracterizado como a *Reforma* por Invalidez do funcionário. Refere-se como sendo eminentemente proveniente de casos oncológicos, em que as pensões por invalidez giram em torno de 350e, tendo a Reforma uma taxa de sustentabilidade de 66 dias a 3 meses.

No tocante a *motivos de Ausência laboral*, anotou-se as seguintes circunstâncias:

- Em primeiro lugar por motivo de *Doença direta*: resultado de Acidente de trabalho segundo o Decreto Lei (DL) em conformidade com as classificações de doenças (alínea a. por tuberculose) em que se tem mais recebimento financeiro, mais dinheiro.
- Em segundo registro, por *Doença Profissional* estipulado na Lei: também recebe-se por isso. Os médicos peritos podem participar os casos devidos à suspeita, indo os casos para o Departamento de Proteção contra os Riscos de trabalho, pertencente a Segurança Social.
- E finalmente, a questão de *Permanência no domicílio* em que as ausências ao trabalho, as “Baixas” são derivadas de condição por saúde mental. Nestes casos, são feitos anotações a saída do trabalho nos períodos de 11h a 15 h ou de 18h a 21h, para se poder sair nas horas designadas para se ter direito ao tratamento.

Em conversa informal com os profissionais de saúde do SSO, são apontados que as limitações enquanto incapacidade ao trabalho são conferidas obedecendo as normatizações e exigências externas de atendimento às demandas no sentido mais geral do que execução. Está presente um jogo contínuo entre os dirigentes e o grupo de funcionários, em conjunto com o contexto social de crise econômico-financeira para atingir produtividade elevada em carga horária de 14 horas a 15 horas contínuas. Exceto regime de escala ou sistema de plantão, a produtividade exigida encontra-se muito acima do esperado de 8 horas diárias, sem possibilidades de revisão ou negociação. Instaura-se um clima de medo, de clima de insatisfação e insegurança, com reações de resmungos ou fofocas nos momentos informais, como as conversas no café, já que consideram as associações de classe não resolutivas e sem realizações de concreto. Inclusive, fazem referência ao tradicionalismo familiar cultural, sem exposição das dificuldades sofridas.

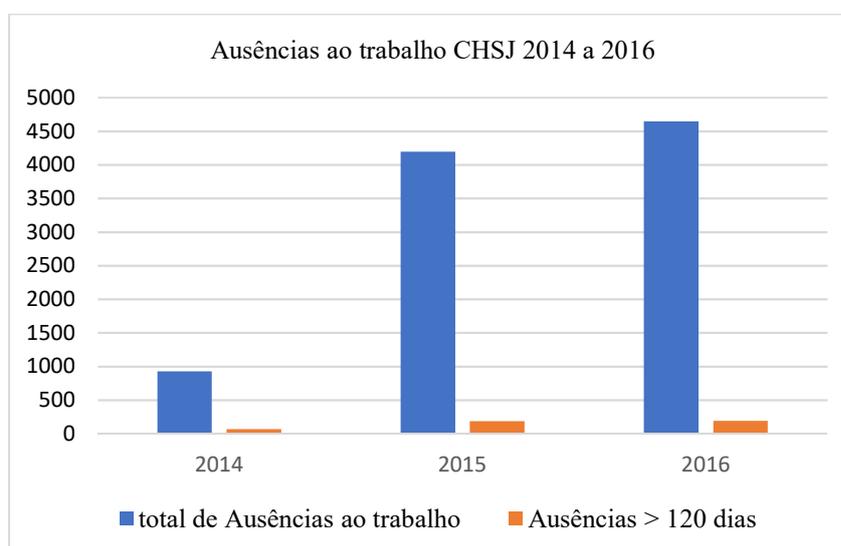
Dentre 3 anos consecutivos, 2014 a 2016, apresenta-se o percentual total de ausências ao trabalho, que são progressivas. Estas ausências, no entanto são também demonstrações por si só do registro de trabalhadores que estão em processo de adoecimento em sua terminalidade enquanto registro funcional, demonstrado na tabela 4.

Tabela 4: Quantitativo de Licenças de saúde do CHSJ de 2014 a 2016

	2014	2015	2016
total de Licenças de saúde	928	4197	4648
total de dias perdidos		97269	90873
Licenças de saúde > 30 dias	426	3547	826
total de dias perdidos		24898	69619
Licenças de saúde acima de 120 dias	70	187	193
total de dias perdidos		43921	38297

Percebe-se uma porcentagem 4,5 vezes do ano 2014 para o de 2015, não tendo sido apontado nenhuma mudança estrutural, entrada de novos funcionários que explicassem tais resultados. Quanto ao próximo ano, a diferença é pouco significativa.

Gráfico 1: Quantitativo de servidores em licenças de saúde do CHSJ de 2014 a 2016



Conforme apontado anteriormente, a aprovação de pesquisa subsequente no CHSJ em Porto-Portugal, concebendo o ano alvo da pesquisa, 2016, revelaram dentre total de ausências ao trabalho, *as baixas* o quantitativo de 4648, sendo 193 baixas por longos períodos de ausência, acima de 120 dias, indicado na tabela 5. Deste numerário, 45 referiam-se ao quadro indicativo de início da ausência ao trabalho no ano de 2016, sendo apontado na tabela 6, o quantitativo mensal de funcionários em 2016. Esta amostra inicial da pesquisa teve a comunicação e o desdobramento do trabalho de coleta, referência de registros existentes na instituição e o contato pessoal feito pela pesquisadora, resultando em artigo científico apresentado no congresso internacional Íbero-americano7CIAIQ, já mencionado anteriormente.

Tabela 5: Quantitativo de Licenças de saúde acima de 120 dias do CHSJ de 2014 a 2016.

	2014	2015	2016
Total de Licenças de saúde	928	4197	4648
Licenças de saúde acima de 120 dias	70	187	193

Tabela 6: Quantitativo mensal de funcionários do CHSJ em 2016.

Meses do ano	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Número de funcionários por mês	590	430	356	280	271	251	296	228	312	372	438	373

Verifica-se que os afastamentos do trabalho nos três anos sequenciais se acentuam, e que aqueles de longos períodos (acima de 120 dias) igualmente duplicaram do ano de 2014 para o de 2015. Além deste dados coletados institucionalmente na situação de observação participativa na instituição, nos corredores da instituição hospitalar era evidente as mensagens de incertezas pela permanência no quadro funcional pelas comunicações de frustrações pelo alegado e notório congelamento salarial e de plano de carreira há mais de 10 anos, instaurando descompasso entre os funcionários na percepção de segurança institucional, relacionamento interpessoal ou clima grupal.

4.5 Análise Temática

A técnica utilizada para a análise dos dados coletados foi a *Análise Temática*, que consiste em delimitar os núcleos de sentido que integram o processo de comunicação, nos quais a presença ou a frequência com que aparecem signifique algo visado para o objeto analítico (MINAYO, 2014). Do ponto de vista operacional, essa análise desdobra-se em três etapas principais, quais sejam: a) pré-análise; b) exploração do material; c) tratamento e interpretação dos dados (MINAYO, 2014) Depois disso, parte-se para a formulação e reformulação das hipóteses e dos objetivos dos estudos, retomando a leitura e a exploração do material visando ao levantamento de novas temáticas.

A análise temática é um método útil e flexível em investigações qualitativas que consiste na construção de um referencial de codificação, através do procedimento de redução do texto qualitativo até chegar às palavras-chave e, posteriormente, desenvolve-se um sistema

de categorias em que os textos podem ser codificados. Essa metodologia permite reunir a informação necessária de forma esquemática e deste modo, relacionar formas de acontecimentos ordenados (COUTINHO, 2013).

Para BRAUN & CLARKE (2006), este tipo de análise não parte apenas dos dados das entrevistas, mas também de documentos de arquivo, da observação e de notas de campo. Nesta análise temática, seguimos as seis fases aconselhadas pelas duas autoras, começando por várias leituras de todo o material reunido, para numa segunda fase criar um referencial de codificação. Os temas foram construídos para responderem a diversidade de códigos. As autoras aconselham uma orientação que também seguimos no sentido de nos envolvermos com a literatura antes de ir para o terreno, uma vez que percebemos que os temas não *emergem* espontaneamente dos dados. Com alguns assim acontece, desde que estejamos com atenção a outros temas que não apenas os que presidiram a formulação dos objetivos do estudo. De fato, toda a preparação de leitura exaustiva a priori nos permitiram ter conhecimento mais acurado sobre a realidade em causa e facilitaram a realização das entrevistas, assim como nos permitiram a elaboração de categorias e subcategorias pertinentes. Após a elaboração do referencial de codificação, ou seja, a partir do todo, identificamos palavras-chave que a posteriori transformamos em categorias de análise, que por sua vez foram divididas em subcategorias para facilitar a compreensão dos interlocutores.

A importância da análise qualitativa detém-se no procedimento mais indutivo e dedutivo do material que está a lidar continuamente, se tornando mais maleável e mais adaptável a índices não previstos ou à evolução das hipóteses. “Pode-se dizer que o que caracteriza a análise qualitativa é o fato de a inferência - sempre que é realizada – ser fundada na presença do índice (tema, palavra, personagem etc.!) e não sobre a frequência da sua aparição em cada comunicação individual” (BARDIN, L., 2016, p.146).

Em nosso entendimento, equiparamos a Análise Temática à sistemática estabelecida pela Análise de Conteúdo por proporcionar compreensão das quatro regras gerais pelas quais o trabalho de exploração e interpretação do material é verificado durante todo o trabalho. Corresponde primeiramente, a homogeneidade nos critérios de escolha empreendido, ir à exaustão no esgotamento das possibilidade de análise no texto em si, ter critério de exclusividade nas categorias estabelecidas para não haver mistura dos elementos constituintes e finalmente, o critério de pertinência das categorias para descobrir os vestígios e significados.

Significados estes que se organizam mediante as condições de produção dos textos, os fatores que determinaram as características escolhidas.

As distorções devidas à subjetividade dos codificadores e à variação dos juízos não ocorrem se a escolha e a definição das categorias forem bem estabelecidas. O organizador da análise deve definir claramente as variáveis que trata, assim como deve precisar os índices que determinam a entrada de um elemento numa categoria (BARDIN, L., 2016, p.150).

Segundo MINAYO (2014) faz-se fundamental explicitar a escolha do recorte sócio-histórico, visto este fazer parte das condições de produção do discurso, representadas no *corpus* em análise, bem como a necessidade de ilustrar as condições de produção do corpus pela observação a exaustividade, a representatividade, a homogeneidade e a pertinência dos conteúdos:

A primeira etapa consiste na seleção dos documentos ou dados a serem analisados e na retomada dos objetivos da pesquisa. Esse processo tem início com a leitura flutuante do material, na qual o pesquisador deve deixar-se impregnar com o conteúdo analisado. O resultado final dessa primeira etapa é a determinação de unidades de registro através de frases ou palavras-chave; unidades de contexto; recortes; modos de categorização; e definição de codificações e conceitos teóricos gerais. A segunda fase, nomeada de exploração do material, objetiva definir as categorias emergentes de expressões e palavras por meio das quais os conteúdos estão organizados. Esse processo tem início com a leitura flutuante do material, na qual o pesquisador deve deixar-se impregnar com o conteúdo analisado. O resultado final dessa primeira etapa é a determinação de unidades de registro através de frases ou palavras-chave; unidades de contexto; recortes; modos de categorização; e definição de codificações e conceitos teóricos gerais. (MINAYO, 2014, p.154).

As entrevistas foram realizadas em local oportuno dentro da prerrogativa de ser um momento de *conversação ou diálogo informal*, mantendo o sigilo, sem qualquer possibilidade destas informações serem conhecidas pelos colegas ou chefias hierárquicas na instituição e resguardando a confidencialidade das mesmas. No Brasil, compõe o anexo D o termo de esclarecimento utilizado com os partícipes para garantir a proteção destes no processo da pesquisa e a entrevista aberta com guia preliminar contido no projeto de pesquisa apresentado no anexo E. Tendo em consideração os aspectos éticos da entrevista, referidos por SOUZA e BAPTISTA (2011), todos eles foram garantidos, nomeadamente: o esclarecimento do que se pretendia com a entrevista na pesquisa e seu objeto de estudo; a informação ao participante do tempo que possuía para a realização de cada entrevista assim como a importância da sua participação; confidencialidade da identificação deste e das suas declarações; a solicitação da

possibilidade de registro em gravação da entrevista; tendo os participantes permitido este registro. Neste registro foram utilizadas fielmente, de forma literal as palavras que o participante utilizou.

Todas as entrevistas decorreram de forma marcadamente colaborativa tendo o realce da tônica emocional em todas elas, algumas com muitas interrupções por pausas e expressões emocionais em todas as participações, muitas delas com choro, ansiedade e angústia.

A Análise Temática teve como complemento o *sistema de categorização Nvivo11* no sentido de facilitação do cruzamento dos dados. Concluídas as entrevistas, estabeleceu-se o processo de análise dos dados e o desafio de selecionar, agrupar e organizar aquilo que aparentemente está muito conectado, entrelaçado. Talvez sejam justamente essa mistura e a mobilização do pesquisador os elementos necessários para a transformação social, afinal, não há mudança sem mobilização.

Numa primeira fase, a transcrição literal e integral das entrevistas necessitava de agilidade e agudez na compreensão dos sons e expressões manifestas. Após isso, fizemos um primeiro contato mais pormenorizado ao documento onde estão transcritas as entrevistas. Depois dessa fase procedemos à Análise Temática com o objetivo de indução de conclusões a partir dos dados colhidos. Todas as entrevistas foram registradas num primeiro momento uma por uma no sistema de categorização Nvivo11 como forma de registro, sendo a leitura exaustiva do material o principal fator de conhecimento de todo o processo que se fez em curso. Consiste num conjunto de técnicas de análise de comunicações que tenciona ultrapassar as incertezas e enriquecer a leitura dos dados coletados mediante a exploração laboriosa do material, decompondo os dados de análise para compreender o conteúdo e o que representava cada unidade. Este é o momento em que se *codifica os dados numa palavra ou frase expressa pelo participante*, são manifestações do próprio ator social na relação de entrevista. Assim, a partir dos registros (sources) geramos os nós (nodes), que agrupam códigos-palavras retiradas dos textos das entrevistas e que traduzem idéias completas. Desenvolveu-se, desta forma, o conjunto das categorias. Cada categoria foi desdobrada até atingir a categoria elementar, denominada de “última geração”. Nesta última categoria foram englobadas as frases elementares que traduzem as idéias essenciais de cada entrevista.

No sistema de categorização dos Nós no Nvivo11, considerando que cada nó traduz uma especificidade, um elevado número de conceitos ou de códigos-palavras, estes podem levar à gestação de um maior número de nós (HUTCHINSON et al., 2010). Assim, poderia haver

alguns códigos-palavras que foram identificados que poderiam se enquadrar em mais do que uma dimensão, mas foram designados numa dimensão que mais se aproximava do sentido que este manifestava. Também é necessário ter presente que a formação das categorias tem de ter em conta a similitude entre códigos-palavras, mas a agregação de um código-palavra à uma categoria pode sofrer alterações durante o processo de análise, podendo o investigador atribuir-lhe, num processo dinâmico e interativo, a categoria, que durante a análise, considerar mais conveniente. À medida que a análise ia acontecendo, os nós identificados iam sendo apurados, surgindo, por vezes, a necessidade de outros. Esta necessidade resultava da percepção que surgia no decorrer da análise de que era importante formar-se novas categorias para enquadrar os códigos-palavras, num processo dinâmico que é defendido por HUTCHINSON et al (2010, pp. 286 e 295).

Dessa dinâmica resultou a construção de um *Quadro geral das categorias ou Nós de análise* (anexo N), pela Análise Temática que nos permitiu, de uma forma holística, através da aplicação da informática Nvivo11 responder às nossas questões centrais de investigação e fundamentar as conclusões, apresentado a seguir no item 5.2. Sendo o sistema permeável ao novo, essa representação do sistema de *Nós* foi efetuada segundo classificação em categorias estabelecida pela leitura flutuante das entrevistas. Sendo assim, refere-se à organização do trabalho, lógica de administração do trabalho, condições de aptidão a função, adoecimento e modo subjetivo de enfrentamento à relação saúde-doença.

5 INDICADORES DE ANÁLISE

*“Quem não compreende um olhar,
tampouco compreenderá
uma longa explicação”*
Mário Quintana

5.1. Indicadores conjunturais das concessões em saúde

Os afastamentos ao trabalho motivados por licenças de saúde trazem indicadores do funcionamento da estrutura em que essas concessões são fornecidas, sendo necessário verificar em que condições essas situações emergem e se sustentam na realidade. Nesse caminho, iniciamos com referenciais obtidos com dados de uma universidade brasileira, UFPR. A maior porcentagem de afastamentos por doença registradas são derivados da instituição hospitalar, Complexo Hospital de Clínicas (CHC).

O sistema de atenção à saúde integral do servidor na universidade, como mencionado tem parceria conveniada de atendimento pericial aos seus associados, o SIASS. A unidade SIASS-UFPR tem como público-alvo em torno de 15.000 pessoas, entre servidores ativos, inativos e pensionistas. Este quantitativo é expressivo com relação aos atendimentos aos servidores na Perícia Médica ou Junta Oficial em Saúde (JOS). Em 2011 foram atendidos 936 servidores; em 2012, 1.064 servidores e em 2013 atendeu-se 1.152 servidores. Importante caracterizar que ocorreu a concessão de (LTS) em 97% dos casos. Podemos aventar sobremaneira a necessidade de afastamento dos servidores de seu local de trabalho, seja por poucos dias ou por muitos dias de afastamento ao trabalho por aquisição de licença médica.

Em registros anteriores obtidos na instituição, temos registros de afastamentos ao trabalho nos anos de 2012, 2013 e 2015. Esses dão a dimensão dos motivos de afastamentos ao trabalho ter uma predominância do (CID) para a área comportamental, CID F, e relativo ao ambiente de modo indeterminado ou geral, CID Z. Vamos mencionar brevemente os principais dados anuais e em seguida, apresentar o detalhamento do primeiro semestre de 2016, correspondente ao grupo dos entrevistados na pesquisa com o objetivo de demonstrar o quão estas perspectivas de arranjo organizacional fazem parte do saber administrativo, gerencial e

prático adotado pelo sistema de emprego na administração pública, similar convenhamos, à da administração privada.

Em 2012, 37% dos casos de afastamento ao trabalho são derivados das doenças psiquiátricas, (CID F), diagnosticadas como episódio depressivo grave, transtornos depressivos recorrentes, ansiedade generalizada e 16% por doenças músculo esqueléticas (CID M) quanto a dorsalgias e síndrome do manguito rotador.

Em 2013, no tocante ao número de atendimentos por instituição conveniada ao sistema SIASS-UFPR, 124 atendimentos são derivados da própria UFPR, 10 de outra universidade pública, a UTFPR e 2 do IFPR. Dentre 124 atendimentos na universidade UFPR, foi observado um significativo aumento percentual destes afastamentos ocorridos, como se pode comprovar pelos resultados de 77% dos casos atendidos referirem-se aos transtornos mentais e comportamentais (CID F) e 38% foram concernentes às doenças músculo-esqueléticas (CID M). Além disso, notadamente 71 casos, ou seja, pessoas pertencem ao quadro funcional da unidade hospitalar, Complexo Hospital de Clínicas (CHC), órgão suplementar da UFPR.

Ainda em 2015, nos 6 meses iniciais, ou seja, de 01 de janeiro a 15 de junho, estiveram 149 servidores em afastamento ao trabalho por longos períodos de tempo, acima de 120 dias, alvo desta pesquisa. De maneira idêntica, confirmou-se que são servidores afastados do trabalho, provenientes da instituição hospitalar, Complexo Hospitalar Hospital de Clínicas da UFPR. Este quantitativo representa o equivalente a 7,6% do quadro geral institucional.

Para o provimento do quadro de pessoal, que foi reduzindo nestes últimos anos, realizou-se um concurso público no mês de maio de 2015 para o Complexo HC- UFPR (que abrange o Hospital de Clínicas e a Maternidade Victor Ferreira do Amaral) para provimento de 1.775 vagas, o que consistiu no maior processo seletivo da história do HC. A entrada dos novos servidores, contratados via Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) tem ocorrido de forma progressiva, visando permitir o treinamento e a absorção dos profissionais pela instituição. Estimou-se em 2015 que, ao longo de dois anos, a força de trabalho estivesse totalmente recomposta e o Complexo CHC operasse em sua capacitação total.

O entendimento era o de que a ocupação de leitos operava muito aquém da capacidade integral do complexo hospitalar. De um total de 406 leitos, apenas 250 estavam sendo utilizados, havendo uma previsão de aumento de 15% na contratação de novo quadro de pessoal. Esses dados são referentes ao complexo hospitalar como um todo, ou seja, Hospital de Clínicas e Maternidade Vítor Ferreira do Amaral. Essa análise também mostra o impacto na

capacidade de atendimento hospitalar, que seria duplicado quanto aos internamentos, seria triplicado na realização de cirurgias e seria aumentado progressivamente na realização de consultas.

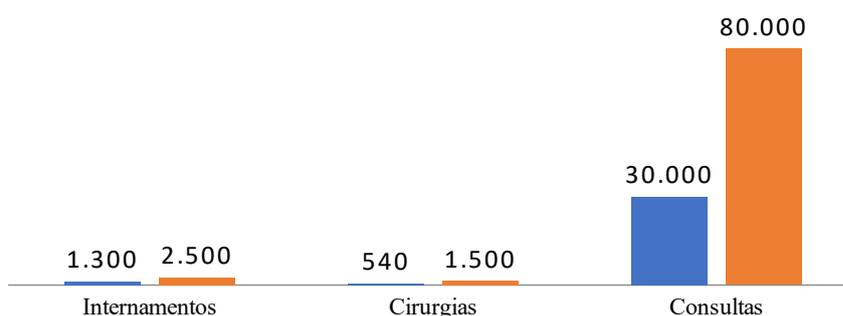
Esta realidade em 2015 pode assim ser apresentada no quadros demonstrativos entre o montante do número de leitos hospitalares existentes e capacidade de atendimento hospitalar frente à uma nova condição receptiva pelo sistema aceito nas organizações públicas de realização de concurso público para receber contingente de pessoal pelo regime de organização privada, CLT., conforme gráficos 2 e 3.

Gráfico2: Número de leitos hospitalares do Complexo HC-UFPR



Fonte: UFPR, 2015

Gráfico 3: Capacidade de atendimento hospitalar do Complexo HC-UFPR



Fonte: UFPR, 2015

A previsão se caracterizou efetiva pela realização de concursos seletivos na universidade visando atender à esta demanda represada de atendimento à saúde da população num dos maiores hospitais do sul do Brasil, dentro do modelo de contratação da EBSERH.

Já em 2016, nosso ano foco da pesquisa realizada, segundo dados disponíveis no Relatório de Totais Gerais de Pessoal da UFPR, eram 2498 docentes de nível superior ou terceiro grau. O quadro funcional de Técnicos administrativos correspondiam a 3656, sendo 1778 destes pertencentes ao grupo de funcionários da unidade hospitalar CHC; representando 48,63% do quadro geral institucional. De janeiro a junho de 2016, foram 326 licenças de saúde concedidas, representando 5,29% dentro da Universidade e um percentual de 8,91% de afastamentos ao trabalho do efetivo funcional institucional de técnicos administrativos existentes, assim distribuídas mensalmente, conforme tabela 7.

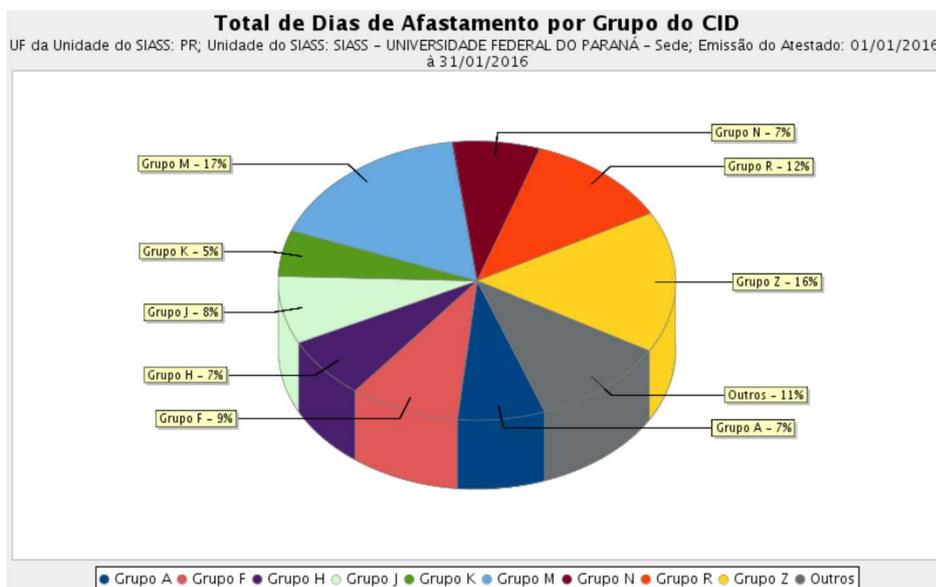
Tabela 7: Quantitativo de servidores em licenças de saúde (LTS) em 2016

LTS : jan a jun de 2016	quantitativo
Janeiro	48
Fevereiro	63
Março	74
Abril	68
Maiο	36
Junho	37
<i>Total</i>	<i>326</i>

A JOS realiza os exames periciais a comunidade interna da Universidade e parceiros da unidade SIASS, tendo registros periódicos dos afastamentos ao trabalho. Como exemplificação e análise, apresentamos os apontamentos do mês de janeiro de 2016.

Em janeiro de 2016, o total de dias de afastamentos por grupo do CID, foram: 17% ligadas ao CID M -comprometimento músculo-esquelético, 16%, CID Z- correspondente ao ambiente laboral em geral, exames pós-cirúrgicos, exames pós-natal e gravidez. E em terceiro, 9% quanto ao CID F- área subjetiva e transtornos do comportamento humano. Equivale a entrega dos atestados de saúde a JOS, a partir de um dia de atestado, podendo ser entregue pela mesma pessoa, independente de ser acumulativo em referência ao mesmo CID, conforme gráfico 4.

Gráfico 4: Total de dias de afastamento por grupo do CID em janeiro de 2016.



No entanto, quanto a verificação dos afastamentos ao trabalho por longos períodos, (acima de 120 dias), nosso interesse de estudo e exploração, altera-se o quantitativo para os relacionados ao CID Z e em seguida, os do CID F com maior número de dias acumulativos, assim distribuídos nas tabelas 8 e 9.

Tabela 8: Discriminação dos fatores de classificação do CID Z em janeiro de 2016

Valor Z	Descrição	Numero de dias	Numero de Pessoas
54.0	pós-cirurgia	1332	31
76.3	acompanhar doente	223	18
02.9	exames com fins administrativos	250	8
35.9	gravidez alto risco	253	2
39.0	exame pós-natal	480	4
34.9	exame gravidez normal	252	3

Tabela 9: Discriminação dos fatores de classificação do CID F em janeiro de 2016

Valor F	Descrição	Número de dias	Número de Pessoas
31.6	transtorno afetivo bipolar	132	3
06.9	transtorno depressivo recorrente	120	4
06.9	transtorno mental não especificado	110	2
43.2	transtorno de adaptação	91	1

Percebe-se que os afastamentos são caracterizados como provenientes do ambiente em geral, motivados por afastamentos pós-cirurgia, acompanhamento de pacientes e para realização de exames. Como corroborado na literatura por pesquisadores neste conteúdo, as ausências estão associadas à intensas jornadas de trabalho aliado às precárias condições de trabalho, sendo que

em geral os funcionários permanentes são em maior número, é esperado um percentual maior de adoecimento entre os mesmos. Reis et al. (2003) argumentam que os estatutários, por serem permanentes e terem estabilidade, sentem-se mais seguros em se afastarem do trabalho. Contudo, aqueles autores admitem que o maior tempo de trabalho no hospital possa também ter contribuído para a redução da capacidade para o trabalho e para o adoecimento desses trabalhadores (MARTINS, P. F. et al, 2009, p.177).

Os afastamentos ao trabalho por condições de saúde conta com apoio profissional do setor da URF e SESA0 como equipe de cuidado ao servidor no tripé de atenção à saúde do trabalhador: vigilância, promoção e assistência pela unidade CAISS da universidade. Assim, em conjunto com a equipe da JOS, a URF realiza a Avaliação de Capacidade Laborativa (ACL) das pessoas recebidas no exame pericial. Numa exploração sucinta, visto não ser alvo principal de debate desta tese, a ACL consiste basicamente em: Investigação da vida profissional do servidor quanto à sua ficha funcional, visita à lotação atual de trabalho para análise do cargo, verificação do número de atestados médicos concedidos, solicitação de transferências de lotação para conhecimento dos motivos de afastamento ao trabalho na dinâmica pessoal e interpessoal; Efetivação de entrevista individual com as chefias/coordenações de área e colegas de trabalho, aplicação de técnicas de Avaliação psicológica, em casos de maior complexidade com discussão subsequente em equipe multiprofissional; para em seguida ter análise conjunta com equipe médica da JOS para emissão do laudo conclusivo da ACL; Finalmente, participação na recolocação do servidor no próprio local de lotação atual e/ou encaminhamento à nova lotação seguindo novas atribuições. O laudo conclusivo diversa dentre *Apto sem restrições físicas ou psicológicas* à permanência ao seu ambiente de trabalho atual, *Inapto sem restrições e Inapto com restrições temporárias de ordem física ou psicossocial*.

Em nossa apreensão, as ações empreendidas são eminentemente de caráter individual enquanto consecução da atenção à saúde do servidor na administração pública. Equivale tensionar que o tripé dessa atenção, muito embora revele alternativas, o desdobramento das ações circunscrevem-se prioritariamente ao trabalhador e seu espaço microssocial, sem atingir

as circunstâncias e contexto em que se insere. Ocasiona por conseguinte, sofrimento psicossocial.

Existem tendências a explicar e atribuir sucessos e fracassos organizacionais às características individuais das pessoas envolvidas e inclinações a culpar fatores de personalidade e estilo de vida dos empregados por suas ausências do trabalho ou pelas queixas de saúde. Além do mais, as próprias tradições da psicologia e da medicina do trabalho privilegiam um enfoque individual (LEÃO, L.H.C., MINAYO GOMES C., 2014, p. 4652).

Atendendo aos ditames legais e jurídicos pela equipe responsável, as fases de Acompanhamento funcional do trabalhador na sua lotação continuam existindo dentro de uma lógica personificada de análise, ou seja, individual. Carece de inclusão da lógica de *processo* globalizador de funcionamento da administração pública enquanto instituição. Equivale tensionar que o tripé dessa atenção, muito embora revele alternativas, o desdobramento das ações circunscrevem-se prioritariamente ao trabalhador e seu espaço microssocial, sem atingir as circunstâncias e contexto em que se insere. Ocasiona por conseguinte, sofrimento psicossocial.

Existem tendências a explicar e atribuir sucessos e fracassos organizacionais às características individuais das pessoas envolvidas e inclinações a culpar fatores de personalidade e estilo de vida dos empregados por suas ausências do trabalho ou pelas queixas de saúde. Além do mais, as próprias tradições da psicologia e da medicina do trabalho privilegiam um enfoque individual (LEÃO, L.H.C., MINAYO GOMES C., 2014, p. 4652).

5.2 Apresentação do sistema de categorias pela Análise Temática.

O sistema de categorias é obtido pela análise qualitativa empreendida desde a tomada do conjunto de fatores ligados à escolha temática da pesquisa empreendida, buscando interpretar os sentidos, os fenômenos e os significados que as pessoas lhes atribuem. Turato, E. R. (2005) refere que a análise das entrevistas foram criadas como efeito da intersubjetividade de maneira indutiva, em seu *setting* específico para compreender as referências do evento investigado nos espaços macro e mesossociais, revelando rigor e transparência metodológica.

O significado e as intenções que os agentes nas narrativas das entrevistas revelam são um elemento essencial da pesquisa, contribuindo para o entendimento da perspectiva qualitativa ao defender que “o cronista que narra os acontecimentos, sem distinguir os grandes e os

pequenos, leva em conta a verdade de que nada do que um dia aconteceu pode ser considerado perdido para a história” (BENJAMIN, 2012, p. 223).

Concebemos que o conjunto de categorias nas narrativas dos trabalhadores na administração pública, após longos períodos de afastamento ao trabalho, (acima de 120 dias), surgem não como material estático, mas

como dispositivo capaz de promover o inter-relacionamento de histórias vividas por cada um dos sujeitos, individual e coletivamente, numa verdadeira rede de experiências, nas quais cada história narrada é única e contribui para a compreensão de todas as outras que formam o *corpus* da pesquisa, não sendo possível desconsiderar nenhuma delas (SÁ, S. O., COSTA, A. C. 2017, p.42).

O processo de categorias foram estabelecidos na Análise Temática enquanto busca de um princípio unificador obtido na história de ação individual inserida numa teoria de contexto, explicitando o seu caráter ideológico e psicossocial. Durante a pesquisa, o investigador, como observador, teve a chance de observar as ocorrências, os processos enquanto ação produzida. Pela Observação participante realizada pelo Estágio Doutoral referido no intercâmbio internacional, obtiveram-se *narrativas* enquanto resultado da organização dos dados das entrevistas semiestruturadas, vindo-se que “o investigador é o instrumento central da observação. Estuda os modos de vida no interior da própria comunidade, tentando não os perturbar e interferindo o menos possível” (MORGADO, 2013, p.89).

Pela leitura flutuante, a noção de recortes ou Nós obtidos não elegeram somente palavras-chave, pesquisas teóricas como reflexões no tema compõem os recursos teóricos necessários ao aprofundamento dos conceitos centrais em profundidade. Nesta perspectiva, tivemos a pretensão de atingir nessa pesquisa três partes conclusivas nos resultados apresentados: primeiro, a retrospectiva do método investigativo adotado; depois, as contribuições advindas das categorias escolhidas no trabalho; e, finalmente, considerações de ordem prática. O recorte então,

pode ser visto como um fragmento discursivo que, para ser analisado, requer que se descrevam as suas condições de produção, que incluem o contexto histórico, os interlocutores, o lugar onde falam, a imagem que fazem de si, do outro e do referente. Portanto, será aquilo que passaremos a designar como “discurso significativo” (SÁ, S. O., COSTA, A. C. 2017, p.50) .

Com o intuito de dar respostas às questões de investigação referidas, desenvolveu-se pois, um procedimento de categorias, organizando-o de forma coerente e organizada, incluindo os trechos em cada categoria que os ilustram. Foi assim criado no software Nvivo11 um sistema de categorias, encontrando-se o mesmo completo no anexo N. A estrutura das categorias foram

criadas e surgiram na leitura exaustiva do material, sendo utilizados os *termos literais/palavras ou expressões dos participantes* em todos os elementos constitutivos da análise temática, para manter fidelidade às suas expressões. Assim, além da explicação constitutiva destas categorias, procede-se inclusão dos participantes como elementos operacionais de análise, ou seja, exemplificações das inúmeras participações encontradas.

As sete grandes *categorias* de primeira geração foram assim identificadas nas análises temáticas finais, extraídas como narrativas das entrevistas individuais. As categorias desse modo, mostram a memória institucional entrelaçada com a história pessoal de cada um, constituindo numa identidade organizacional e profissional interconectada, pessoal e coletiva ao mesmo tempo.

1. Administração;
2. Apto;
3. Gerir o trabalho com a vida- Paciente;
4. Função;
5. Enfrentamento;
6. Dificuldade;
7. Entrevista. (enquanto situação de relação e convivência)

Destas categorias de primeira ordem resultaram as categorias de “segunda geração” e de “última geração”. A seguir, são descritas as subcategorias com maior relevância para o estudo, enquanto encontra-se o quadro geral de todas as categorias no Anexo M.

1. Administração

Esta primeira categoria refere-se a todos os aspectos alusivos à dimensão institucional quanto às relações de trabalho normativas da função pública, em conformidade com a política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal estabelecida pelo Governo (BRASIL, 2010a e 2010b).

Refere-se às questões de subordinação hierárquica, as relações conectadas com a gestão do trabalho em todas as interfaces de relacionamento e comunicação quanto às normas e regras laborais existentes. Ao longo das 6 entrevistas, foram surgindo alguns padrões, que levaram a criar as categorias de segunda e de última gerações, tendo sido incluídos os trechos que pautam os participantes neste item caracterizado como de maior relevância nos depoimentos e preocupações reveladas. Os fragmentos trazem incluso *negrito* em partes

específicas feitas pelas autoras, para apresentar maior relevância e atribuição ao dito enquanto a entrevista transcorria o seu curso, levando em consideração todas as alavancas existentes na relação que poderiam traduzir sensibilidade. Temos exemplo de um participante que demonstra haver disponibilidade dos funcionários no convívio em conjunto, mesmo subordinados a diferentes regimes de trabalho. Mas que igualmente, há restrita maleabilidade na preservação da privacidade e contrariedade na natureza de escuta das demandas solicitadas.

<Internas\ENTREVISTAS\Brasil\Cesar> - § 19 references coded [11,02% Coverage]

Reference 5 - 0,54% Coverage

=Como houve esta **determinação** por causa da sindicância, por comissão, então o sr não tem nada aqui no meio...Então, eu não posso! Aí disse: Interessante, quando serve pra gestão eu ser médico do trabalho... Aí eu me afastei. Disse: Não, de maneira nenhuma.

E na sequência, da laboriosa análise faz-se a explanação de cada uma das *subcategorias* com maior peso e atenção dos participantes.

1.1 Gestão do trabalho

São todas as alusões às chefias, coordenações com uma carga bastante eloquente em todo o discurso, são passagens significativas em todo o processo da entrevista, com 6 participantes fazendo todo tipo de menção quanto ao tipo de relacionamento, os contatos para decisões sobre sua trajetória institucional, conexões com legislação, falta de pessoal muito falada no dia a dia além de responsabilização do setor organizacional como o de saúde ocupacional, por exemplo.

<Internas\ENTREVISTAS\Brasil\Cesar> - § 6 referências codificadas [3,56% Cobertura]

Referência 2 - 0,56% Cobertura

=No momento que o médico do trabalho avalia uma situação do trabalhador, que a origem é doença relacionada a trabalho e 99% *Gestão* do Trabalho aí o Cesar não serve! Então eu prefiro ser um médico clínico com a minha formação em perícia trabalhista e saúde ocupacional.

Conforme se expressa, este discurso traz experiência vivenciada quanto às dificuldades em se falar sobre as relações no trabalho estarem conectadas com a dinâmica organizacional e estrutura quanto à organização do trabalho, sem haver qualquer tipo de espaço para a escuta ser quanto a *nexo causal*.

1.1.1 Horário

Resultou de relatos que demonstravam a importância de sua atividade de trabalho acima de qualquer questão contando com todas as interferências devido a carga horária estar dentro da ótica de produtividade e exigências da sociedade capitalista atual, sem permissão ao descanso devido ao atendimento ao número de horas mensal a ser atendido, já que esta estruturação é recebida automaticamente pelo sistema. Alguns trechos dos participantes trazem esta vivência diária como dificuldades recorrentes.

<Internas\ENTREVISTAS\Brasil\Marcos> - § 3 referências codificadas [3,05% Cobertura]

Referência 2 - 1,95% Cobertura

= Sim, quando eles, o pessoal da PROGEPE, o pessoal da Reabilitação veio trouxeram um horário...eu falei pra eles assim...olha, eu preciso que seja...que eu trabalhe de manhã e que eu faça o curso à tarde, porque daí os **horários seriam compatíveis**. Eles, mesmo que eu entre muito cedo aqui, à tarde eu consigo sair, aí também num horário mais cedo. Eles quando vieram, tentaram entrar em contato com o pessoal do curso...como o pessoal do curso não recebeu eles, eles assim tipo..o pessoal...não é que o pessoal não recebeu eles...eles, eles não tiveram a resposta da PROGEPE que eles esperavam ter...aí, num primeiro momento é...até eles...ligarem, olha, a gente precisa que o Cesar volte aqui ao trabalho dia primeiro...tem como ele...ele mudar o horário de curso dele? Sabe, como era uma imposição deles...eles passaram para o pessoal da escola **uma imposição**... o pessoal falou: não, não tem a possibilidade de mudar o horário do curso. Isso, que eles fizeram...foram lá, e colocaram isso, ah, beleza, vc vai trabalhar da 13 às 19h, sabe?...Sabe, eu tinha colocado que pra mim, eu queria trabalhar **de manhã**, sabe? Pra mim era primordial que eu fizesse, eu faria as 6 horas aqui, ia para o curso e conseguiria sair.

1.1.2 Assédio Moral:

Após o estabelecimento de uma relação de confiança e ser plenamente garantida proteção a identidade, os participantes relataram experiências de assédio moral vivenciado no trabalho. E essas vivências foram possíveis de ocorrerem mediante o transcurso longo e interativo da entrevista. Eram depoimentos que traziam uma carga emocional bastante sinalizadora de sofrimento durante a jornada de trabalho institucional, já identificada como de trabalhadores com tempo de casa acima de 10 anos, na sua maioria. Passagens essas que afetaram de forma considerável a saúde do trabalhador no espaço institucional e no ambiente interpessoal com seu grupo de pares.

<Internas\ENTREVISTAS\Brasil\Antonio> - § 2 referências codificadas [29,69% Cobertura]

Referência 1 - 8,71% Cobertura

Mas esse não é o problema maior. Não foi isso que provocou a recolocação dentro da minha unidade UNIR e no setor de Tomografia. **Estava no RX Geral e tinha contatos com outras pessoas de difícil convivência e o serviço era mais pesado. Estas duas coisas resultaram no que chama de “stress insuportável”.** Isso aconteceu recentemente. O que aconteceu é resultado de que há 6 anos era Supervisor de Técnico em Radiologia. **Nesta função, não podia permitir práticas incorretas no setor, devido a ser Supervisor. Tendo que tentar fazê-los entender que o serviço deveria ser feito de forma diferente do que faziam, por exemplo, cobrança com o material de pacientes, todo de cobranças. Tinha muito pouco apoio de um médico do setor, Dr. A. E a administração do hospital mudou ao mesmo tempo. Aí se tornou um “assédio moral”, automaticamente, segundo ele.**

1.1.3 Quase fui Aposentado:

As questões derivadas do vínculo institucional ser da função pública também trazem a pressão pela resposta da manutenção da ordem ou regra. A pressão constitui a fala habitual para conversão a aposentadoria caso o trabalhador ainda deseje ter atenção à saúde garantida após concessão da licença, recebendo recados diretos e vultosos dos riscos econômicos a que estarão submetidos caso continuem na condição de **fora** do trabalho. A flexibilidade da ausência por motivos de saúde não pode extrapolar limites da ordem da lotação atribuída, número de ausências ao trabalho e a falta de pessoal que impera em todo o contexto institucional. Ou seja, é utilizado como instrumento de pressão para retorno ao trabalho causando constrangimentos e mal-estar ao trabalhador.

<Internas\ENTREVISTAS\Brasil\Cesar> - § 3 referências codificadas [1,24% Cobertura]

Referência 1 - 0,47% Cobertura

nestes 2 anos eu **quase fui aposentado** por invalidez permanente por doença não prevista em lei, ou seja, proporcional ao tempo trabalhado, que ia ocasionar uma influência orçamentária na minha família quase...muito grave.

1.2 Colegas de trabalho

No tocante às relações interpessoais estas se articulam com toda a ambiência laboral ao repercutir no bem-estar ou no mal-estar que estas ocasionam no trabalhador. É um dos modos que se tornaram principal forma de sentimentos de reconhecimento ou sua inversão, além da subordinação mais direta com as chefias.

<Internas\ENTREVISTAS\Brasil\Vera> - § 1 referência codificada [3,57% Cobertura]

Referência 1 - 3,57% Cobertura

Comenta que **sente-se bem em seu setor**, é tranquilo. Mas deseja pedir logo Aposentadoria para cuidar da sua saúde. Diz que alguns professores não são amigáveis, é como “se sentissem que são superiores” aos outros, **não tratam bem os técnicos**.

1.3 Movimentação

As questões envolvendo relação com o trâmite para saída dos setores de lotação e vislumbrar estar em outros segue todo um jogo entre os personagens que nem sempre se apercebem desta trama e ficam à mercê de jogos de *poder*, consideramos, do que se avizinha como possibilidades.

<Internas\ENTREVISTAS\Brasil\Alice> - § 1 referência codificada [0,69% Cobertura]

Referência 1 - 0,69% Cobertura

Aí eu disse que futuramente se eu precisasse sair pra algum lugar ou pedir alguma coisa, que eles não me neguem, pois já me pedem tanta coisa, né? Vcs me pedem muita coisa! Na verdade, eu fazia pra direção, fazia pra comissão, pro departamento de anatomia, de especialização, eram 4 atividades totalmente diversas.

1.4 Fluxo

Sentimentos de hipersolicitação na relação de trabalho em função das demandas quanto à clientela, número de clientes e possibilidades de trabalho que surgem. Denota-se aqui um grande questionamento quanto à utilização do tempo que possuem, estando implicados em compromissos **no** trabalho, que pouco deixa espaço para cuidado com os familiares e inclusive, quanto à sua própria saúde física e mental. Há correlações desse diálogo com a percepção contumaz de que são operários para conclusão de objetivos institucionais, mesmo que à custa de sua saúde e zelos consigo na apreensão de sua vida enquanto integralidade.

<Internas\ENTREVISTAS\Brasil\Maria II> - § 1 referência codificada [1,24% Cobertura]

Referência 1 - 1,24% Cobertura

Aí a pessoa chega pra você atender, entende? Então, **não tem tempo**. Você chegar e dizer: Olha, doutor, será que... Então, tem umas vagas, o doutor tirou. Mas é muito paciente. Ele atende 8, a doutora B. atende 12! A outra mais 5 pacientes, cada psicóloga atende 5. Parece pequeno, mas a **quantidade de atendimento é grande**. Então, pra você só tirar isso, antigamente pra mim isso saía... e foi com essa visão que eu cheguei. Ah, isso aí é pouco serviço, porque no ambulatório dos funcionários a gente tinha 13 médicos.

1.5 Saúde grave associado ao trabalho

Estas são algumas das narrativas que deixam de forma clara e inequívoca a correlação do trabalho como potencial instigador do estado de saúde prejudicado no trabalhador. Se a questão de **nexo causal** não tem o mesmo registro nas classificações do código internacional de doenças (CID), ocorre inteira perspicácia das interações e acometimentos entre padrões da atividade de trabalho e algumas consequências no campo da saúde advindo destas estruturas. Referências dos participantes quanto à percepção da correlação contígua entre a organização do trabalho e estado de saúde de si, enquanto participantes. Ou seja, abordam como sendo “problemas relacionados ao trabalho”, que são portanto, de diversas ordens e no nosso entender, provavelmente *o mais emblemático de todos, dando origem e tensionamento afetivo desta tese*.

<Internas\ENTREVISTAS\Brasil\Cesar> - § 2 referências codificadas [0,45% Cobertura]

Referência 1 - 0,29% Cobertura

Mas eles foram e fizeram concurso para o programa casa. Por que eles saíram? Por **problemas relacionados ao trabalho** e com as chefias, sabe?

1.6 Sindicatos

Referências dos participantes quanto a percepção da instância institucional de associações, sindicatos, ordens ou estruturas com possibilidades de ajuda e responsabilidade por sua condição laboral.

<Internas\ENTREVISTAS\Brasil\Alice> - § 3 referências codificadas [1,56% Cobertura]

Referência 3 - 1,41% Cobertura

Inclusive, recursos para ajudar nos cursos podiam ser usados, daí até teve uma discussão minha no Sindicato uma época: Ah, mas o pessoal está fazendo curso, tá

pagando o incentivo à qualificação agora. É da nossa gestão, graças a Deus. O incentivo à qualificação veio de nossa reunião de diretores, coordenadores de carreira, veio pra dentro da PROGEPE esta discussão o incentivo. Se tem lá, eu também quero aqui. Tem em Minas Gerais, quando o diretor, reitor lá de minas gerais falou que tinha esse incentivo à qualificação lá: Ah, por que não temos aqui? É pago pelo governo federal, então, veio a discussão e foi implantado com sucesso.

1.7 Ajudar

Referências dos participantes quanto a percepção dos setores ligados à esfera organizacional serem órgãos de proteção e resguardo de sua condição laboral.

<Internas\ENTREVISTAS\Brasil\Maria II> - § 3 referências codificadas [3,43% Cobertura]

Referência 3 - 0,86% Cobertura

Ela dizia: Olha, Maria, **às vezes, o funcionário vem aqui não por nada, vem com a pressão alta, mas ele quer é um acolhimento aqui, uma escuta.** Então às vezes, falta muito Psicólogo na universidade. Não devia ter só 1, tinha que ter muito mais. Porque eu acho que quem trabalha numa UTI muito mais...assim de alta complexidade tinha que ter um **acompanhamento.**

2. Apto

A condição de ter afastamento por condição de saúde envolve a concessão de direito pela licença para tratamento de saúde (LTS) no Brasil ou estar com o Certificado de Incapacidade para o trabalho (CIT) em Portugal para estar envolvido com os cuidados relativo à sua condição de saúde. Os participantes escolheram esta temática conectado com a trajetória institucional e pessoal pela faixa etária.

Desse modo, surgiram exposições quanto à condição profissional por capacitação e formação continuada em serviço e em outras agências de trabalho, motivada para crescimento na carreira em termos socioeconômico-financeiro. As restrições apontadas na Ficha de Aptidão eram rotineiramente apontadas em sua experiência de trabalho agregando valores de desconforto e ansiedade quando o retorno ao trabalho. É apresentada toda a dinâmica conforme o “método da entrevista de reconstituição biográfica” construída em Portugal, sendo as passagens evidenciadas nos diversos períodos, em ligação com o envelhecimento no local de trabalho como trabalhador. Dentre os atores e participantes nesta pesquisa escolhemos estes itens a seguir de alguns dos participantes ativos em todo o processo de apreciação ao objeto de estudo.

2.1 Competência

Os temas surgidos nas entrevistas que versavam sobre aquisição de experiência, mediante formações que lhes permitissem evoluir e pôr em prática os ensinamentos obtidos, sem se sentirem estagnados e desatualizados. Apontam sobremaneira a questão da capacidade técnica de desenvolvimento, a noção de suas qualificações e conquistas.

<Internas\ENTREVISTAS\Brasil\Marcos> - § 6 referências codificadas [3,51% Cobertura]

Referência 1 - 0,30% Cobertura

= Não é o que a pessoa quer pra vida dela né... a gente quer **conquistar** as coisas, a gente não quer perder..principalmente a visão, que é uma coisa tão importante, pra gente... pra tudo né?

Referência 2 - 0,71% Cobertura

= Sabendo que não tem a **capacidade pra desenvolver** alguma coisa, ou mesmo saúde necessária pra desenvolver aquela atividade... acaba sendo prejudicial até pra universidade. Eu assim, tem coisas que eu dentro da minha capacidade eu faço, sem problema nenhum, tanto que eu já entrei em contato com eles, porque né... algumas atividades que eles nem tinham colocado pra eu desenvolver, eu já desenvolvo... porque é... eu tenho os meios suficientes.

2.2 Afastamento

Os motivos para afastamento que percorrem desde o período de licença obtido, sendo o ponto deste estudo os períodos por longo períodos (acima de 120 dias) devido a estar caracterizado como afastamento que inspira cautelas e esforços desdobrados na atenção à saúde, já visto como instalação de natureza crônica nos malefícios.

<Internas\ENTREVISTAS\Brasil\Alice> - § 2 referências codificadas [0,50% Cobertura]

Referência 2 - 0,48% Cobertura

= Em dezembro do ano passado. Eu fiquei de janeiro a abril de licença, fiquei 4 meses de licença. Então a cirurgia foi em, acho que foi começo de dezembro. Eu voltei 4 meses afastada, peguei 4 meses de afastamento.

2.3 Retorno

Ao estarem na condição de reflexão sobre sua condição de saúde, quaisquer que fosse, fase I ou fase II da entrevista, um dos aspectos centrais de preocupação diz respeito ao futuro Após a Alta. Notadamente, essa é uma condição do adoecimento enquanto origem, um dos fatores mais delicados na problematização atual por resvalar com a estrutura de transferências e ânsias por outras localidades de trabalho. A discussão que se impõe é quanto às “condições” deste retorno estarem balizadas por atendimento a critérios burocráticos e de tempo cronológico. O debate é quanto a consideração de critérios objetivos na manutenção da saúde mental destes atores relativo à reabilitação em suas circunstâncias psicossociais, observando zelo e encargos.

<Internas\ENTREVISTAS\Brasil\Cesar> - § 5 referências codificadas [2,25% Cobertura]

Referência 1 - 0,68% Cobertura

Então o meu medo era retornando ao trabalho, isso fosse acontecer de novo né? Então assim, terrível! E esse trabalho, 4 meses antes, em novembro de 2015 foi feito com sessões semanais. A maior parte dos 2 anos eu fazia sessões semanais com o meu psiquiatra, fazia sessões semanais com psicóloga cognitiva comportamental né?

Referência 3 - 0,35% Cobertura

É, retornando ao trabalho, vc estar limitado numa porcentagem... o que? Enquanto eu fiquei afastado por não ter condições, eu achava que jamais eu voltaria a ser médico.

2.4 Incapacidade derivada

A incapacidade do exercício profissional tem reflexos na prática quando há comportamentos aditivos de produtos não regulamentados pela saúde pública como drogas ilegais e ingestão de álcool. Foram também referidos pelos participantes a condição de deficiência e suas diversas dificuldades em obtenção de instrumentos, aparelhos e ambiente favorável à sua inserção no campo do trabalho.

E o que mais causa comoção são os relatos de “dor” mantidos com remédios contínuos, culminando em falta de reconhecimento do “nexo causal” das sequelas e prejuízos permanentes ao corpo e psique dos trabalhadores, fato incontestado de sofrimento e inquietação permanente.

<C:\C:\Users\Utilizador\Google Drive\FREE 2\CHSJ Analise e Transcr ENTREV\eb62277a-eb6e-44ce-b4d5-5fa0d7c7de01>

<Internas\ENTREVISTAS\Brasil\Maria II> - § 7 referências codificadas [5,52% Cobertura]

Referência 1 - 0,90% Cobertura

É o setor que não sabia que ia conseguir, nem pensei que ia conseguir, na verdade. Sabia que tinha vaga no hospital veterinário, onde tinha vaga, mas não sabia qual função ia exercer né. **Aí como abriu a vaga aqui e por causa da deficiência, na**

realidade me colocaram aqui, com restrições apesar disso, consegui estar aqui e exercer a minha profissão de Auxiliar de Enfermagem.

Referência 2 - 0,39% Cobertura

Lógico que eu tive que me adaptar, porque eu cheguei aqui e queria fazer tudo! E daí... porque na cabeça da gente vc não tem a limitação né? A limitação é no corpo.

2.5 Restrições

A salvaguarda da condição de aptidão ao trabalho tem seu contraponto nas limitações, dificuldades e impeditivos ao completo exercício profissional. Refere-se às reduções na capacidade profissional derivadas e estabelecidas pela ligação com o ofício. E igualmente compõe-se de direitos e garantias ao trabalhador pela obtenção de Reabilitação necessária enquanto direito e sustentação.

<Internas\ENTREVISTAS\Brasil\Marcos> - § 3 referências codificadas [1,06% Cobertura]

Referência 3 - 0,35% Cobertura

É, acredito eu, só faltou um pouco de tato...só tato mesmo. Tipo: Ah, Acho que o tempo é o de menos nisso...na **reabilitação**. Se o intuito é o de ser a pessoa reabilitada. Se a pessoa não quer, também não adianta nada.

2.6 EM LTS ANTES da Alta/EM BAIXA

Existe o apontamento da vivência do trabalhador em sua trajetória institucional que busca tópicos de como estava sua condição de vida, o que vivenciava, como estava suas áreas de interesse e de relação com os familiares, grupo de amigos em conjunto com o trabalho. É significativo nos depoimentos as “condições de trabalho” que proporcionava bem-estar e as que eram sinônimo de tensão e ansiedade pelo que se avizinhava. Os casos de afastamento por acidentes de trabalho e as situações de Doenças Osteoarticulares relacionadas ao Trabalho (DORT) derivadas da sobrecarga de trabalho era aflitivo e sofrido em toda a situação de entrevista.

2.7 APÓS a LTS ou Baixa com a viabilidade de retorno ao trabalho

A trama que apresenta-se como prioritária é o argumento de que o contexto institucional com suas arrematadas legais e normas instituídas tornam este momento especial e único quanto ao imperativo do que lhe é oferecido. A relação de poder se antes, pouco

perceptível na relação, toma ares de presença premente em sua experiência de vida. De que forma pois, a experiência do adoecer lança seus membros no futuro imediato, qual a direção ou rumo que se torna possível? Além disso, quais as estratégias e formas de gerenciamento que se estabelecem como iniciativas e possibilidades de ação pelos participantes?

3. “Gerir o trabalho com a vida”- ser Paciente:

Aparece a temática central do ser e estar doente, do adoecimento enquanto modo de estar no trabalho acometido por interfaces e prerrogativas institucionais. A menção ao gerir o trabalho com a vida está entre aspas no sentido de referendar a equivalência entre empreender este movimento e a saúde, por isso a conotação de ser e estar na condição de Paciente. Aqui os participantes se mostram, se *desnadam* na complexidade em que estão imersos como a transpor a dimensão material dos esquemas, materiais e instrumentos necessários ao exercício profissional e aí, compor, construir uma dimensão de existência que não se esgota na experiência individual mas sim, se faz presente na configuração social em que se participa. É carregamento de simbologias e raciocínios impregnados de expressões emocionais que afetam e são afetadas na relação de entrevista enquanto diálogo.

A temática *de ser paciente, de estar paciente* e saúde mental é o que se apresenta como mais representativo nas leituras feitas e aqui são referidas. Nesta categoria *Paciente* optou-se por fazer exploração de todas as categorias na análise temática realizada, até oitava categoria, devido a estas conterem aspectos importantes da experiência de adoecer dos participantes. Referimo-nos aos detalhes, espontaneidade e nuances do sofrimento vivenciado que procura-se dar visibilidade e aprofundamento nos trechos destas entrevistas.

<Internas\ENTREVISTAS\Brasil\Cesar> - § 24 referências codificadas [15,12% Cobertura]

Referência 6 - 0,70% Cobertura

E como estas pessoas sempre foram muito competentes, além de serem médicos, humanistas, sempre o tipo de pessoa que eu gostava e gosto de me relacionar assim no profissional, sempre procurei médicos que tivessem esta perspectiva. Sempre souberam o que se faz no mundo e pela experiência deles, me atenderam e eu sempre fui **paciente**.

<Internas\ENTREVISTAS\Brasil\Maria I> - § 13 referências codificadas [9,98% Cobertura]

Referência 1 - 0,87% Cobertura

= Fiquei uns 4 dias, mas na realidade assim, voltando... **o que mais me incomodou ali... foi a questão...que nem vc tá falando, de saúde mental... é bem isso**. Porque

assim , quando eu voltei a trabalhar depois do acidente e tudo... eu sempre fui uma pessoa muito normal e muito ativa.

3.1 Sofri muito

As experiências de sofrimento e de sensação de abandono pessoal são vivenciadas como constantes e causadores de muita tensão e ansiedades São apontados os episódios de depressão, várias situações como de problemas no sentido mais evasivo. São inúmeros os momentos de muita dor e de choro além das expressões de *exaustão* e de que não está mais conseguindo suportar a situação em si.

<Internas\ENTREVISTAS\Brasil\Cesar> - § 1 reference coded [0,58% Coverage]
Reference 1 - 0,58% Coverage
eu tenho um transtorno bipolar com manifestação depressiva grave, isso desde muito tempo, desde 1971 e ter sido tratado por pessoas, assim, carinhosas, mas o fato de vc saber-se portador de um problema que de uma hora pra outra simplesmente aparece...no meu caso, depressão.

3.1 Tratar

Ao se deparar com as próprias lembranças e acontecimentos interligados com seu afastamento para tratamento da própria saúde (LTS) ou estar afastado do trabalho (EM BAIXA) por ter a implicação de estar ausente do trabalho. Faz-se referências aos tratamentos iniciados ou indicados pelos profissionais que os atenderam, citando o tratamento psiquiátrico como o mais indicado e o tratamento psicoterapêutico em seguida, havendo preocupação em salientar a diferença de conduta e crítica à única atenção medicamentosa, por parte da condução psiquiátrica de seus casos. São depoimentos que trazem a necessidade de se ter uma atenção e cuidado em termos de acolhimento ao que sentem, sem a reação momentânea de julgamento e até de estigmas pelo que estão passando por estes motivos de afastamento por saúde na instituição.

<Internas\ENTREVISTAS\Brasil\Marcos> - § 6 references coded [3,33% Coverage]
Reference 5 - 0,81% Coverage

Te destrói até... igual eu falei... eu cheguei a pesar exatamente 48 kilos,... uma pessoa que tinha 92 kilos, perder mais de 30 kilos... se ela não estiver preparada pras coisas... mentalmente preparada pras coisas... tanto que procurei né... **procurei atendimento psiquiátrico, psicológico, tudo...** pra me ajudar naquele momento, acredito que se hoje sou a pessoa que sou, extremamente forte neste sentido é porque... tipo, mesmo com as dificuldades que eu tive, levo a vida de boa, corro atrás, faço tudo...

3.3 Saúde mental

É considerado como predisposição para ansiedade, sensação de pânico interferências e sensações emocionais e cognitivas que causam desconforto e mal-estar afetando a saúde mental. Apontam os participantes as exigências que têm sobre si mesmos, aumentando a percepção do quanto deveriam dar conta de todas as demandas surgidas e a impossibilidade de as atingir na verdade. Fato evidente é esta exigência e responsabilidade ser eliciador de ansiedade no ambiente laboral sem conseguir extravasar estes sentimentos com as pessoas circundantes. As fragilidades se apresentam como estranhamento de estar *fora do tempo e fora do espaço* como dito por um dos participantes, apontando questões de riscos percebidos e igualmente pela adição como componente a mais neste processo de perda da coerência como um estranhamento vivenciado.

<Internas\ENTREVISTAS\Brasil\Cesar> - § 4 references coded [3,64% Coverage]
Reference 1 - 0,84% Coverage
A minha preocupação, Angélica, é que a área de Saúde Mental na universidade, a demanda de cada 10 consultas que eu faço, eu posso te dizer que 6 são transtornos mentais e comportamentais cuja origem é o Trabalho, 6, não tinham e desenvolveram, pessoas que tinham, estavam estabilizadas e desestabilizaram. E as outras 4 têm diabetes, pressão alta, que é o “arroz com feijão” da clínica médica entende?

3.4 Dor

São feitas referências de dores corporais, as rupturas e lesões sofridas que têm impacto em sua saúde mental, sentimentos de *dor* como inexplicável mas perceptível e sentida pelos participantes. Relatam ter a sensação de regressão em sua condição de saúde além de tornar evidente o impacto de frustrações como o desejo da maternidade ser interrompida e alterada por doenças surgidas como a convivência com deficiência visual e deficiência motora. A submissão à carga horária igualmente torna o adoecimento inevitável e extenuante.

<Internas\ENTREVISTAS\Brasil\Marcos> - § 4 references coded [1,40% Coverage]
Reference 3 - 0,15% Coverage
= Na verdade, é que eu caí e eu fiquei na rua!... O pessoal passava assim e nem...ligava...

3.5 Remédios

Estas passagens dos participantes enumeram os tipos e as quantidades de remédios e medicações que são absorvidas numa rotina diária provocadora de stress e ansiedade contínua.

<Internas\ENTREVISTAS\Brasil\Maria I> - § 1 reference coded [0,64% Coverage]
Reference 1 - 0,64% Coverage
Ele disse que a lesão já ficou né, porque já são 2 anos, mas eu tenho que pegar as receitas. Às vezes ele tenta alterar os remédios, mas não dá certo. **Agora eu já tentei tirar os remédios, mas não dá certo.**

3.6 Sono

As condições de trabalho são evidenciadas nos discursos como as normatizações institucionais de divisão de horas de sono em relação à carga horária semanal a cumprir no trabalho em conjunto com as exigências sofridas no ambiente laboral.

<Internas\ENTREVISTAS\Brasil\Antonio> - § 1 reference coded [4,54% Coverage]
Reference 1 - 4,54% Coverage
-Ainda hoje, não resolveu seus **problemas de sono**. Às vezes dorme apenas 4 horas. Fica deitado no escuro acordado...fica pensando na sua vida, fica imaginando em como melhorar a sua vida, em como ser feliz...**Hoje, considera-se bem melhor, mas não se sente feliz. Agora acorda, sai da cama. Ficou até 2 dias sem tomar banho.** A refeição era restrita a alguns elementos apenas, ficava com pão e mais nada, não queria refeição, **voltava para a cama.**

4. Função

Ao discorrerem sobre sua condição de saúde, a trajetória profissional pela qual passou na instituição, surgiu o eixo temático relativo à sua percepção, à visão que possui sobre seu trabalho, como é sua relação com o trabalho, o que este lhe mobiliza, como é afetado em toda

sua dinâmica de vida. Se ao apontar o que faz no dia a dia, como faz e executa suas tarefas, emerge reflexões e incursões em seu movimento atual e nos momentos passados com seu ofício no modo como o experiencia e se posiciona perante o mesmo. Assim, emergem aspectos que considera benéficos e outros que pretende conquistar, tendo, no entanto, a intenção premente de mostrar o quanto estar adoecido, em condição de vulnerabilidade não lhe retira o sentido do trabalho. É apontado o gosto, apreço e importância do trabalho como atividade de exercício da sua dignidade e subjetividade. Os apontamentos de períodos de permanência nas unidades em que participavam enquanto trabalhadores. A passagem do tempo pelo envelhecimento em conjunto e a conexão com os setores de lotação fazem os participantes retratar suas preferências pelas características destes locais e igualmente, designar preocupações pela permanência nos mesmos. Também são feitos apontamentos de períodos de permanência nas unidades em que participavam enquanto trabalhadores.

<Internas\ENTREVISTAS\Brasil\Alice> - § 9 references coded [4,09% Coverage]

Reference 5 - 0,56% Coverage

É que pra mim, eu gosto de trabalhar! Então, me faz falta. O trabalho em si eu gosto, eu gosto de trabalhar, tanto é que o pessoal diz: Ah, quando é que vc vai se aposentar? Eu digo, quando eu me aposentar... eu gosto também de ficar em casa sozinha.

<Internas\ENTREVISTAS\Brasil\Antonio> - § 1 reference coded [5,55% Coverage]

Reference 8 - 0,52% Coverage

Eu vou perder a capacidade, porque a capacidade da vida no que diz respeito a relacionamento humano, a arte da medicina é exatamente a conversa, não é exatamente uma entrevista não, é muito mais, é a possibilidade de vc estar aberto pro outro.

4.1. Valorizado

Expõem a temática de valorização da sua contribuição como trabalhador em contato com todo o universo institucional relativo a reconhecimento à sua capacidade técnica e profissional, relacionamento amigável com os pares e público alvo usuários ou doentes no espaço da organização pública. Esta temática conecta-se de forma próxima com o da *perspectiva*, quando enumeram todas as derivações cotidianas de vida derivadas do contexto socioeconômico impactando o plano de carreira pelo congelamento salarial há décadas. A interação que os participantes têm com a atividade de trabalho como expressão de sua vida ativa trazem a questão da possibilidade de desenvolvimento, na continuidade de sua realização profissional.

Internas\\ENTREVISTAS\\Brasil\\Maria II> - § 2 references coded [3,94% Coverage]

Reference 1 - 1,30% Coverage

É muito, atender os meus pacientinhos. Eu posso exercer tudo aqui, não tanto como antes, mas eu estou conseguindo fazer. Me sinto bem fazendo o meu serviço. Acho que é uma parte boa, **você se sente realizado como pessoa**. Não sei explicar, é que você está contribuindo pra muita coisa, você não se sente como em casa, ser dona de casa. Se bem que a dona de casa contribui pra família, tudo. Mas que nem falava com uma colega ali, mas na sociedade não tem crescimento, não está produzindo pras pessoas, pro país crescer. Ah, não nasci pra isso não.

4.2 Pelo doente

Uma outra categoria bastante evidente da relação saúde e trabalho na instituição hospitalar refere-se à atenção minuciosa, cuidadosa, corriqueira e exemplar, podemos dizer, pelo alvo primário de sua formação profissional que é seu público alvo: o doente. Cuidados diários em atender um pedido e quando também negado, o quanto nessa memória fica o registro e a culpa, numa responsabilidade que vai além do trabalho como um ofício, mas a realização de uma atividade em que há gerenciamento da prática na relação com o outro, contraditória e direta. Nessa interação inclui-se a família com quem tem períodos constantes, principalmente quando dão o feedback de mortalidade do doente internado, cuja responsabilidade absorvem mesmo sendo esta do profissional da medicina.

4.3 Como uma arte

Percepção do trabalho relativo à dimensão abstrata da arte além de sua conotação econômico-social, vislumbrando o grau de satisfação e realização pelo que desenvolve como profissional. Chamam atenção os dados que demonstram tornar esta experiência gratificante e igualmente, espaço de criação e bem-estar.

<Internas\\ENTREVISTAS\\Brasil\\Cesar> - § 8 references coded [5,75% Coverage]

Reference 4 - 1,21% Coverage

Eu vejo a medicina, vamos dizer assim, como uma arte, tá? Eu gosto muito de ler a história da medicina, a proposta hipocrática é óbvio que não dá pra conversar com todo mundo, porque arte? Mas é o fato de vc estar, de vc estar entendendo, ou tentando entender o ser humano. Não só a queixa principal né? Ah, tô com dor de barriga. Mas às vezes o mais importante é saber o motivo da consulta. Eu tô com dor de barriga mas quando tô saindo da porta, me despedindo do médico: Poxa, eu briguei com a minha mulher ou meu passarinho morreu. Ôpa, então muda total e completamente.

5 Enfrentamento

Referências no sentido de estabelecer estratégias e mecanismos de ação ao se dispor ao gerenciamento ativo como modo de vida refletido e cognitivamente aceito Subjaz um universo de estabelecimento de alternativas entre as demandas da relação saúde com a de trabalho como uma tensão contínua. Este estado de coisas acaba gerando mobilizações afetivas de várias ordens, ou seja, tanto no sentido de resolutividade e ação ativa quanto em inquietação, reserva ou comedimento por cautela ou medo. Significa sentir alterações frente ao tipo e forma de relacionamentos sociais estabelecidos. Durante a relação de entrevista, foi um dos momentos mais gratificantes perceber brilho no olhar, esperança em se transformar e transmutar com pequenas *influências*, assim mencionavam.

<Internas\ENTREVISTAS\Brasil\Antonio> - § 2 references coded [12,03% Coverage]

Reference 2 - 7,70% Coverage

Teve um segundo período de afastamento, LTS. O primeiro afastamento foi quando **retornou e teve enfrentamento** com as pessoas e não funcionou. Aí teve acesso de pânico, crise de choro dentro do trabalho. **Ainda hoje, sente que as palavras fogem, tem memória comprometida. Ao entrar, ao ver os colegas, era uma tortura. Até chegar ao trabalho, começava a tremer.** Num dia a crise foi quando ao ir fazer um exame na sala de raio-x com um paciente, começou a tremer, chamou o colega disse que não estava passando bem. Não conseguia tomar água, porque não segurava o copo. Pegou o carro e foi no instituto de cirurgia do paraná , médica deu dipirona e disse para se acalmar. Esposa veio, psiquiatra mudou as medicações, sugerindo **mudança de local de trabalho.**

5.1 Seguir as restrições

Apresentam os registros de movimentos dos participantes para dar outro sentido em suas vidas decorrentes da experiência vivenciada com o adoecimento. Ao mesmo tempo que seguir referências ligadas ao cuidado consigo são tidas como importantes, do mesmo modo são acionadas perspectivas de se pensar em renormatizações em suas condutas. Isso acontece ao ponto de se autorreferirem como estando num momento em que se percebem na vida como *uma outra pessoa*, na esperança readquirida dentro do processo de alternâncias na saúde, desafios e incertezas socioeconômicas que vigora. Há referências dos participantes quanto à luta em ter as restrições impostas sendo atendidas institucionalmente e ao mesmo tempo, renormatizar ações.

<Internas\\ENTREVISTAS\\Brasil\\Maria II> - § 3 references coded [2,62% Coverage]

Reference 1 - 0,74% Coverage

Na cabeça vc acha que pode tudo, só que chega uma hora que eu chamei a minha chefe e falei: Olha, **eu não consigo fazer**. Ela falou: Não, é vc é que tem que saber, **vc tem que seguir as restrições que o médico diz**, tem que ser consciente, tem que aprender a fazer isso, agora tô sofrendo um pouquinho sabe? (*riso*)

5.2 Gerir conflitos

Os participantes salientaram a alternativa de gerir situações de divergências e diferenças de humor como uma forma de reação habitual no contexto social. Situação pois de maleabilidade diante de possíveis incertezas e dificuldades que pudessem ocorrer como se pode verificar nas passagens dos participantes.

5.3 direito de escolher

Os participantes mencionam inúmeras situações em que têm que definir critério de escolha como uma forma de gerenciamento no contexto laboral. Confere um posicionamento como escolha e ação no meio que participa.

<Internas\\ENTREVISTAS\\Brasil\\Maria II> - § 3 references coded [3,69% Coverage]

Reference 1 - 1,62% Coverage

Porque isso mexe com a Aposentadoria, tem que levar pro trabalho e pedir. **Porque nesta de PCD daí eu tenho direito de escolher um novo local que tenha acesso pra ir ao trabalho né?** O meu trabalho tem, aí dizem: Ah, o seu trabalho é melhor que os outros! Mas não é isso, **é que as pessoas com deficiência podem ir em qualquer lugar**. Se vai subir uma escada, que nem o setor onde eu estava ali, 2 elevadores quebrados ali. Aí tem muita gente circulando nos corredores e os elevadores quebrados! O banheiro que eu tinha que ir lá tinha que subir deste tamanho o degrau, estreito que eu não conseguia nem me mexer no banheiro, mas pra outra pessoa normal sobe correndo a escada...

5.4 Experiências

Nas entrevistas que surgiram considerações temáticas quanto à repercussão em sua vida, saúde mental enquanto projetos e possibilidades de ação. Da mesma maneira, a oportunidade de voltar a imersão em sua trajetória de afastamento por motivos de saúde durante a fase II da entrevista de reconstituição biográfica, sensibilizando o diálogo que transcorria.

<Internas\ENTREVISTAS\Brasil\Maria I> - § 1 reference coded [0,40% Coverage]

Reference 3 - 3,95% Coverage

Eu me sinto nova, não me sinto velha, mas não é mais tão nova assim. Eu me sinto na minha idade normal, tenho 40 anos, tenho capacidade pra fazer muita coisa ainda. E não gosto que o jovem me chame..se puder me chamar de senhora eu aceito. Porque o respeito pra mim é muito fundamental isso. Que nem, por exemplo, meu sobrinho não me chama de você! Entende? É um respeito que tem que ter. Que nem uma vez, uns molequinhos lá perto de casa, falou assim: Ah, tia, vc assim. Olhei bem pra ele. Ele disse que eu era velha. Disse: Eu sou velha sim, você tem 8 anos, você tem idade pra ser meu neto, então portanto, me respeite. Respeito é uma coisa que a gente impõe, você respeita os outros pra ser respeitado. **Isso não é velhice, isso é você aceitar a sua idade, velha não no sentido de “acabada”, é no sentido de experiência.** Vejo hoje muitas velhas que são inteligentes, mas querem ser novas...mas cada uma tem sua fase de vida e é tão bom poder viver isso. Eu tenho minha idade, eu posso, tem roupas lindas também, não preciso disso, eu penso assim. Que nem minha mãe, tem 68 anos e é uma pessoa bem jovem de cabeça né? Uma vez pegamos um show de rock, 2 vezes, minha mãe foi junto e ganhou até prêmio. Então acho, que quando você tem na cabeça, tá tudo bem. Minha mãe diz que a cabeça da gente não acompanha o corpo. Na cabeça da gente, vc acha que vc tem 15 anos, mas o teu corpo, ele dá os limites né? Mesmo que não seja deficiente ou não, a idade vai chegando né? Eu vejo pela minha mãe, ela fazia muita coisa, hoje em dia ela faz 1/3 das coisas, mas continua, não parou. Não tem aquela agilidade que tinha antigamente. Então, a cabeça da gente é tudo!

6. Dificuldade

Referências no sentido de perceber estratégias inibitórias de ação e mecanismos voltados ao refratamento, contenção. Isso acontece porque do mesmo modo que a categoria 5 Enfrentamento dispunha um tipo de enfrentamento atuante, ocorria na categoria 6 Dificuldade o lado complementar. Novamente subjaz este universo entre as demandas da relação saúde com a de trabalho como uma tensão contínua. Este tensionamento dispõe o caráter complexo e contraditório nas mobilizações afetivas surgidas, mas principalmente, contudo, nas repercussões psicossociais afetadas enquanto dinâmica coletiva surgida, ou seja, sob que condições sociais e institucionais isso aparecia.

6.1 Complicado

Explicitação das condições psicossociais em si e igualmente, condições institucionais complexas quanto a posicionamentos e resolutividades. Envolve exigência de esforço, empenho e relutância.

<C:\C:\Users\Utilizador\Google Drive\FREE 2\CHSJ Analise e Transcr ENTREV\475ce58e-b6bd-456f-95d5-5fa0d77df5e7>

<Internas\ENTREVISTAS\Brasil\Alice> - § 1 reference coded [0,40% Coverage]
Reference 2 - 2,15%% Coverage

Isso é uma orientação que nesta área eu preciso melhorar um pouco. Eu contribuo mas assim...assim em reuniões. Se eu tiver que ir pro palco ou no meio das discussões, como eu já fui na... eu participei em Brasília no seminário do trabalhador, daí quando eu vou pro palco, o pessoal diz que eu tenho muita dificuldade em me expressar. **Ele sabem, o pessoal que me conhece, que eu tenho razão no que eu falo, mas eu tenho ainda dificuldade em me expressar porque eu fico muito nervosa.** Inclusive uma das psicólogas de Brasília disse assim: Vc podia melhorar, fazer alguma coisa lá, melhorar, que eu fico nervosa. Inclusive, num dos congressos que eu fui, eu tive o sapato, tirar o salto do sapato porque eu fiquei tão nervosa que eu não conseguia ficar em pé encima do salto... “nossa, tenho que botar o pé no chão!” já consigo me acalmar e focar no que tenho a dizer, pra contribuir. Mas eu fico muito nervosa, eu perco...(riso)

E nos grupos pequenos, já tá ali, funciona.

<C:\C:\Users\Utilizador\Google Drive\FREE 2\CHSJ Analise e Transcr ENTREV\eb62277a-eb6e-44ce-b4d5-5fa0d7c7de01>

<Internas\ENTREVISTAS\Brasil\Alice> - § 3 references coded [3,69% Coverage]
Reference 3 – 0,72% Coverage

Me faz bem trabalhar, é isso que eu digo. Eu gosto de trabalhar. Eu sou uma pessoa assim, que se eu fico em casa, eu fico em repouso. Eu fico em repouso, tem dia que eu não levanto da cama, fico lá! Tenho que levantar, tenho que sair, tenho que ter alguma coisa pra fazer. Na verdade, eu fiquei 4 meses, então, não dava mais.

6.2. Cuidado com familiar

Relatos de convívio com o entorno familiar próximo ou na proximidade, com o qual há necessidade de atenção e administração do tempo de suas incumbências profissionais. É notória em especial, os cuidados dispensados com saúde destas pessoas e o quão resulta em impacto na qualidade e estado mental circundante.

<C:\C:\Users\Utilizador\Google Drive\FREE 2\CHSJ Analise e Transcr ENTREV\475ce58e-b6bd-456f-95d5-5fa0d77df5e7>

<Internas\ENTREVISTAS\Brasil\Maria I> - § 2 reference coded [1,67% Coverage]

Reference 1- 0,98%% Coverage

Sim, com todo mundo. Ela quase morreu, porque quase ninguém descobriu. Ela trabalha numa UPA, ela também é auxiliar de enfermagem e lá tem muito. Ela consultou desde setembro e ninguém descobria a doença. Foi em vários médicos, aí o médico falou...não, o enfermeiro olhou e disse: Olha, acho que vc tá com tuberculose!

Reference 2- 0,69%% Coverage

Minha preocupação maior era com a minha mãe. A gente mora na mesma casa, minha mãe é diabética, pressão alta. Tinha **medo que por causa da imunidade**, mas acompanhei os exames e não deu nada. Então assim, foi uma fatalidade.

6.3. Medo

Relatos denotativo de precaução e relutância, conectando com autoavaliação de si desfavorável devido a situações de adoecimento. O envolvimento de sentimentos como forma de proteção.

<Internas\\ENTREVISTAS\\Brasil\\Maria I> - § 1 reference coded [1,43% Coverage]

Reference 1- 1,43%% Coverage

= É, eu já chego...e tento me proteger, vc entende? Eu já sei que muitas pessoas me olham quando eu ando, porque no verão eu ando de saia e tudo. Aí minha mãe fala: Nossa, me vê de bermuda, e fala como é que eu tenho coragem de andar com essa tala...Eu falo: Mãe, eu não me importo. Mas vc não vai nem colocar um brinco? **Não, eu sei que as pessoas não vão olhar pro meu rosto, elas vão olhar pra minha “perna!”... E o pior é que é assim.** Eu já me protejo disso. Eu já sei.

7 Entrevista

Durante a situação da relação de entrevista os participantes expressaram emoções e sentimentos por terem trazido memórias das experiências vividas, principalmente toda a dinâmica enquanto desenvolvimento e processo de ação. Uma particularidade notória se deu com impedimento da gravação da entrevista, presunção imediata e inicial de receio, no entanto, um item inicial de obstáculo completamente diluído na convivência da conversa transcorrida em seguida. Apresenta-se aqui também, as condições de realização da entrevista, local, instrumentos existentes e ferramentas utilizadas. As visitas ao local de trabalho dos participantes foram viáveis devido à marcação das entrevistas ser neste ambiente e após obtenção da anuência destas pessoas. Aqui igualmente inclui aspectos quanto ao método da entrevista de reconstituição biográfica por se ter uma conjunção de contato com os participantes na Fase II, subsequente, em que as reflexões se tornavam mais presentes. Foram inseridos aspectos ligados ao preenchimento do TCLE no planejamento da pesquisa, explicação do funcionamento e atenção ao que o participante questionava ou desejava para adquirir confiança na relação doravante. Adição do local de interação quando surgiram obstáculos à conclusão da entrevista no local original previsto (sala do serviço organizacional) e/ou complicação na continuidade da mesma quando surgiram interferências e ruídos. As observações espontâneas quanto à avaliação deste instrumental de pesquisa e principalmente, a relevância e deferência

quanto a estar num momento de escuta sobre si no espaço institucional em que trabalha, exerce sua prática.

<Internas\ENTREVISTAS\Brasil\Antonio> - § 2 references coded [1,70% Coverage]

Reference 1 - 0,56% Coverage
solicitação de que não houvesse gravação da entrevista

Reference 2 - 1,14% Coverage

“Não quero então, que seja gravada a entrevista, porque às vezes, as palavras podem ser ‘mal-interpretadas”.

<Internas\ENTREVISTAS\Brasil\Vera> - § 2 references coded [4,17% Coverage]

Reference 2 - 1,69% Coverage

(No momento do choro, perguntado se quer continuar, diz que decide continuar mesmo assim **para expor** sua situação.

7.1 Difícil

As narrativas expressas denunciam o campo da complexidade do adoecimento como fenômeno que *não se pode falar*, sem espaço para ter interlocutores e vozes que podem ecoar. O normativo perene e residual é constatado nas falas dos protagonistas na fase II do método da entrevista de reconstituição biográfica. Com tal característica, evidencia-se a dificuldade de exposição da natureza *anversa*, a face oculta, referida como difícil pelo teor da invisibilidade. Assim, as entrevistas argumentam sobre o conteúdo não-legislado, não-perceptível instantaneamente.

<Internas\ENTREVISTAS\Brasil\Maria II> - § 1 reference coded [0,15% Coverage]

Reference 1 - 0,15% Coverage
Eu estava muito tristonha na verdade, na primeira entrevista.

Por conseguinte, a Análise Temática revelou os sete nós ou categorias de primeira geração, deixando entrever agrupamento e conectividade final na proposição a seguir sintetizada. Apresenta-se como tentativa de concentrar os principais elementos elaborados à exaustão com os protagonistas, participantes ativos na imersão e escuta afetiva de suas histórias e narrativas na experiência do adoecimento.

Administração enquanto expressão de assujeitamento à realidade vivenciada pelas relações quanto à normatividade instituída e instituinte de valores e preceitos. Normas constantemente passíveis de renormatização mediante *o gerir o trabalho com a vida-Paciente*

na condição de ser e estar adoecido, a relação entre saúde e trabalho enquanto debate e existência nas experiências de vida. Experiências que buscam vazão à potência de agir, que concebem os movimentos contínuos de processos em atividade humana.

Nesse processo de análise pelas leituras exaustivas e correlações teóricas houveram passagens tal qual passos e rumos ativos, fragmentos das entrevistas que foram intensamente exploradas em conjunto com os participantes do estudo, como aqui trabalhadas (Anexo O) e (Anexo P). Tornaram-se fragmentos de entrevistas muito potentes no contato com os participantes do estudo e pesquisa, como reconhecimento do espaço geográfico e social de trabalho dos participantes, conforme fotografia com um dos participantes da pesquisa (Anexo Q).

6 DIMENSÃO EMERGENTE DE NARRATIVAS

“O consenso que se forma entre os que pesquisam o assunto é o de que a precarização do trabalho eclodiu em cheio nas atividades de todas as áreas da economia – além de atualmente alcançar também os *serviços públicos* e as *empresas estatais*.

O que nesses caso, modifica e prejudica profundamente a qualidade e aspectos essenciais à efetividade de uma atuação agora submetida às lógicas produtivistas.

Essas lógicas, voltadas à quantificação dos resultados, se tornaram *engessantes* por meio da fixação de tempos, procedimentos e metas cujo cumprimento é submetido a normas rígidas (e às vezes ofensivas) de controle e avaliação.

Nessa modernização, a desconsideração às variações e complexidades de contextos locais, situação de trabalho, inadequação de recursos e de condições de trabalho não são levadas em conta por muitos dirigentes e gestores.

A repercussão desse retrocesso se faz sentir, por exemplo, na estrutura voltada à implementação das políticas sociais – incluindo a saúde, a assistência social e a educação.

Tais obstáculos, embutidos em novas diretrizes organizacionais, atualmente vem sendo implantados também no setor público, sempre em nome da *racionalidade, da modernização e da excelência*.

No Brasil, a *expansão da terceirização no setor público* ocorreu, principalmente, através da contratação de *estagiários* – que se verifica extensamente nas empresas estatais e bancos públicos -, bem como da instauração de *cooperativas*, que proliferam na área da Saúde, distorcendo o SUS, e pela externalização ou *transferência* de múltiplos serviços públicos para o setor privado (FRANCO; DRUCK, SELIGMANN-SILVA, 2010).

Silva, Edith Seligmann

Trabalho e Desgaste Mental: o direito de ser dono de si mesmo –

São Paulo: Cortez, 2011.

6.1 Narrativas de trabalhadores na função pública: (des)conexão da Saúde na função pública ou Poder do Estado como Nação?

A noção de experiência traz em si toda a imersão do pesquisador em seu cotidiano de trabalho de pesquisa em uma temática que se instaura para si como problematização pelas nuances de estabelecimento de nexos, não apenas os de causalidade, mas aqueles que se interpõem como lógica de regularização da vida, tão imperativa no meio institucional de nossos dias, o mundo do trabalho.

A OIT celebra e reconhece, no dia 28 de abril, desde 2003, o Dia Mundial da Segurança e da Saúde do Trabalho, data já celebrada pelos movimentos sindicais de todo o mundo desde 1996, em memória das vítimas de acidentes de trabalhos e de doenças ocupacionais.

Já podemos dizer que o mundo do trabalho surge como artefato de relação humana, que traduz em sua gênese a questão de liberdade de ação, a produtividade e domínio de técnicas em meio toda a dinâmica de vida que decorre dos ciclos de vida vividos. Ao assumir a postura de um *observador ativo*, através da exploração dos dados recolhidos no âmbito de um diário de campo numa experiência de observação num centro hospitalar de renome e de referência na Europa, precisamente, em Portugal, pode-se perceber o universo da noção de *experiência* trazida por Walter Benjamin.

O objetivo é ressaltar a importância da experiência dos trabalhadores na produção de saberes sobre a saúde, assim como as múltiplas formas de intervenção. Este desenvolvimento se constitui nas múltiplas combinações entre os saberes que se operam na confluência, no confronto e nas relações. Essas relações se estabelecem entre os saberes acadêmicos, as políticas criadas coletivamente e os sujeitos sociais implicados nessa dinâmica. Os sujeitos sociais, os trabalhadores ativos no campo de trabalho têm falta de conhecimento sobre o trabalho real, sem intervenção preventiva aos prejuízos à sua condição de saúde. Sendo assim, continua o destaque à importância essencial desta participação ativa dos trabalhadores nos locais de trabalho. Numa pesquisa realizada sobre indicadores epidemiológicos sobre a acidentalidade conclui-se ainda que

(...) estes atores ainda não se colocam na posição de protagonistas principais da luta pela saúde no trabalho, papel hoje ocupado principalmente por atores dos órgãos públicos como o Cerest, a representação local do MTE e o Ministério Público do Trabalho (Vilela et al 2011, p. 2829).

A caracterização ou entendimento que estamos dando à *fala entrecortada* refere-se à linguagem que se expressa, linguagem essa que pode se expressar de múltiplas formas. Questionamentos incessantes que se interpõem no cotidiano. A dinâmica da hierarquia no universo entre saúde e trabalho se apresentou com muita recorrência e é perpassada por outras associações durante a entrevista, nitidamente no relacionamento com os colegas e pares de trabalho. Destaca-se igualmente a ação dos participantes pela atividade ser denunciadora de seu envolvimento e compromisso com o trabalho.

- <Internas\ENTREVISTAS\Brasil\Maria II> - § 3 referências codificadas [3,34% Cobertura]
Referência 1 - 0,26% Cobertura
Eles nunca me orientaram! Só me orientavam para: Olha, você tem que se aposentar, porque você vai se aposentar!

É essencial perscrutar as relações que são produzidas na organização do trabalho, como o conteúdo das tarefas e sua fragmentação, o ritmo de trabalho, o controle da produção (suas relações com as altas e quedas da economia), a duração da jornada, as hierarquias, os turnos de trabalho. Devido a isso, a Saúde Ocupacional passa a ser significada como prática que não percebe efeitos silenciosos do trabalho para a saúde do trabalhador, como as doenças crônico-degenerativas, os transtornos mentais, os distúrbios cardiovasculares e as lesões por esforços repetitivos.

Para verificar a noção de experiência em causa, pensamos em Walter Benjamin para nos fazer pensar, analisar o que denominou de “processo de pobreza da experiência” ao advertir que já não existem narrativas, não considerando propriamente a perspectiva mas, sim a de esta existir como tal, ilustrado na seguinte passagem:

(...) não é verdade que no final da guerra, as pessoas voltam mudas dos campos de batalha? E não vinham mais ricas, mas sim mais pobres em experiência comunicável. O que dez anos mais tarde inundaria a literatura sobre a guerra, era tudo menos a experiência que se transmite de boca em boca. O que não é de se estranhar. Nunca experiências foram desmentidas do que o foram as estratégicas pela guerra das trincheiras, a econômicas pela inflação, as físicas pela guerra de armamento pesado, as morais pelos governantes. (BENJAMIN, W.,1992, p.28).

Esta noção de experiência traz o questionamento sobre a real incapacidade de se traduzir fielmente vamos dizer assim, o transportar e abarcar em narrativas a heterogeneidade, riqueza e diversidade da existência humana. Experiência que se expressa em transitoriedade na passagem do tempo carregado de significados. Em outros termos, a dificuldade em se localizar a materialidade da experiência moderna por se ter obrigatoriedade de sentidos e significados prontos. No entanto, é mediante a experiência no sentido de ser o cotidiano, o factível de se ater à história e a riqueza dessa história. Igualmente, AGAMBEN (2005) esclarece a possibilidade de serem os eventos cotidianos, a vida cotidiana a primazia da experiência e, assim, da existência humana para Benjamin. Analisa serem os eventos cotidianos a referência original para se ter uma experiência comunicável entre as pessoas, em diferentes períodos geracionais, criando a operação lógica da metáfora da pérola para compreender a experiência em Benjamin: “todo o evento, por mais comum e insignificante, tornava-se a partícula de impureza em torno da qual a experiência adensava, como uma pérola, a própria autoridade” (AGAMBEN, 2005, p. 22).

Com os resultados alcançados nesse projeto delineado como objetivo geral a análise do *retorno* ao trabalho dos servidores públicos federais após longos períodos de afastamentos (acima de 120 dias) decorrentes de Licença para Tratamento de Saúde (LTS) para verificar repercussões na saúde mental, podemos perceber indicativos da (des)conexão entre saúde mental e trabalho nas narrativas suscitadas.

Nas narrativas, uma das questões mais significativas de resultado da investigação diz respeito ao *início do trabalho em si*, ou seja, *recusa* em participar da entrevista. Enquanto dinâmica processual e interativa da relação entre pesquisador e seu objeto de investigação para a conexão com as emergências percebidas no encadeamento e vínculo empreendido, a recusa operou como o interdito que não se pretendia revelar, o aparente invisibilizado. Não seria portanto, essa a questão essencial?

É significativo por si mesmo, o não se dispor a falar desse assunto, independente da pesquisadora pertencer ao quadro institucional ou já de antemão, não pertencer a este grupo profissional. Recusa em apreender o adoecimento num universo da saúde, em movimento, no entanto, tal como Dejours (1988), a problematização é carregada de mitos e empecilhos, notadamente por se ter um alvo de perfeição inatingível e distante da realidade.

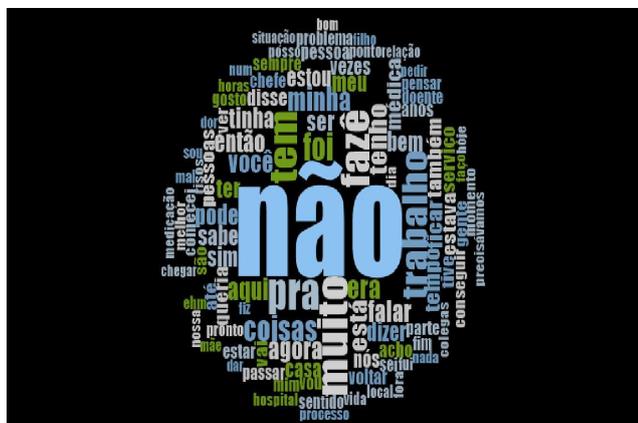
(...)Pode ser até que seja normal ter algumas doenças. (...) E por bem-estar social, cremos que aí também se deve entender a liberdade, é a liberdade de se agir individual e coletivamente sobre a organização do trabalho, ou seja, sobre o conteúdo do trabalho, a divisão das tarefas, a divisão dos homens e as relações que mantêm entre si (DEJOURS, 1988, p. 11).

Na abordagem com os funcionários como verificar com estes o sol que pode vir a brilhar? Como descobrir este brilho? Destaca-se a cautela e apreensão em falar sobre o assunto, manifestar-se, apontando suas opiniões e pensamentos. Na entrevista do participante Marcos esta situação é apresentada pela análise temática apreendida (Anexo R).

Quando vc me ligou, eu pensei, ela deve ter uma dificuldade enorme de achar pessoas que queiram falar sobre isso. Porque as pessoas não querem se abrir, geralmente não querem falar sobre a vida. Eu acredito sim, eu tive experiência de falar já, mas eu gosto...

Se estes caminhos foram se apresentando no decorrer da atividade de pesquisa, a diagramação do software Nvivo se mostra potente como modo de visualização da dinâmica da experiência vivida pelos participantes que aceitaram estar falando sobre o afastamento do

trabalho, no Brasil e em Portugal, em duas pesquisas subsequentes aprovadas pelos comitês de pesquisa específicos.



Fonte: Participantes do estudo de 28 sources e 2432 references

Podemos observar que este quadro retrata o número integral de 18 participantes²⁴ em 28 entrevistas individuais abertas, em que a palavra mais utilizada é *NÃO*. A totalidade de 18 participantes compreende além deste público de participantes no Brasil, em outra pesquisa subsequente, integra os participantes com situações semelhantes em Portugal. O período de investigação se deu entre março a junho de 2016 no Brasil e de setembro de 2016 até junho de 2017, em Portugal, tomando como referência de análise alvo o ano de 2016, janeiro a junho.

Em duas pesquisas realizadas com participantes submetidos a organização de trabalho similares, percebemos que o *NÃO* impregna a relação entre saúde e trabalho na administração pública! Opera como *interdito* de ação pela implicação ativa na saúde do trabalhador, ou seja, de modo simples, sintetiza todo o sentimento vivido pelos atores participantes. O *NÃO* sintetiza a problematização dos funcionários públicos pelo contexto híbrido de determinantes institucionais, que mescla regras da função pública e as derivadas da privada. Pode-se considerar que o sofrimento surge das condições que constituem um choque entre a história individual, a subjetividade, esperanças e desejos do sujeito e a organização do trabalho, que muitas vezes ignora todos esses fatores.

A seguir, exemplificação de passagens em que o *NÃO* se apresenta enquanto registro acumulativo, contudo denunciadora do sentimento institucional presente.

24 Este quadro incorpora as pesquisas aprovadas pelos comitês de pesquisa no Brasil (Parecer positivo 1.474.554 do Comitê de Ética em 01/04/16) e a de Portugal (Parecer positivo 363-16 em 12/01/17).

Internas\\ENTREVISTAS\\Brasil\\Maria I

I 1,16%

Aí, ele falou: Se depois você NÃO gostar do lugar, você me avisa... Eu fui falar com ele e ele falou: "NÃO, eu já te pus lá, você tem que ficar naquele lugar, porque se vc continuar desse jeito, acho que se vc NÃO aceitar, acho que vou ter que te aposentar!" Eu falei: NÃO quero aposentar, eu gosto de trabalhar, eu gosto do meu serviço, eu gosto de conversar com pessoas, entende?

Maria I 2 of 4 (Brasil)

I 0,46%

=NÃO, NÃO há. Mas agora entramos ali pra sermos as robôs. Mal entramos ali, entramos calados, saímos mudos, porque NÃO podemos sequer conversar. Qualquer conversa é se perder muito tempo, aquela amizade que costuma haver, NÃO tem.

Isabel Ia of 1 of 11 (Portugal)

O caminho da apresentação das situações reveladas nas experiências dos participantes foi seguir casos de pessoas que viram a doença e saíram para a saúde, como se tivessem vindo ver o sol! Os fatores do adoecimento e os fatores da melhoria. As fases da vida na relação laboral. Captação do sucesso por terem conseguido este retorno ao trabalho, de alguma maneira voltaram à saúde, conseguiram *dar a volta*. E o outro caminho da seleção dos casos terá que seguir casos de pessoas que viram a doença e continuam na doença, a trajetória das pessoas que mantêm ainda em afastamento do trabalho, *os afastamentos* com toda a dificuldade de para onde iria ser lotado, qual seria o destino a si designado.

Os resultados deste texto acometem para nuances subliminares de adoecimento e melhoria interconectadas sobremaneira pela atividade no trabalho. Queremos estabelecer como debate e exploração analítica que contextualizar saúde e doença equivale muito a seguir o curso do que se apresenta, vida vivida sem deixar de perceber os percalços e contrariedades, pois estes se intermedeiam continuamente.

Todos os participantes têm períodos recorrentes de afastamento ao trabalho. A figura 4 faz a caracterização sociodemográfica dos participantes no momento da entrevista e todos compõem listagem de anos anteriores pela Perícia Médica no registro e recebimento de afastamentos ao trabalho. São afastamentos ao trabalho *ininterruptos ou contínuos*. E salientamos que o participante Antonio possui dias acumulativos de licença de 81 dias por ser afastamentos ao trabalho *interruptos*. Assim, os motivos de afastamentos ao trabalho foram de outra ordem na classificação efetuada pelo peritos médicos, não sendo intuito nosso averiguar tais diferenciações.

Outra questão é o fato dos participantes serem pessoas com longevidade institucional, de 12a5m (Marcos) a 26a6m (Cesar), com experiência comprovada. Neste aspecto, sobressai o tempo como fator de conhecimento das regras e procedimentos estabelecidos já incorporados. Já o fator gênero equipara-se, no entanto, é destacado o quantitativo de mulheres na instituição; sendo 4 sujeitos (66,66%) casados, com 1 a 2 filhos e de nível superior. Metade dos profissionais entrevistados são do campus politécnico e a outra metade da instituição hospitalar CHC. No entanto, todos são provenientes dessa instituição hospitalar quando ingressos pela admissão funcional. portanto, o prisma de destaque na configuração da amostragem é a de serem igualmente 4 sujeitos trabalhadores em categorias profissionais de saúde como locus de trabalho. Ou seja, esta feição faz alusão ao componente em especial de serem profissionais de saúde como característica, em especial.

Destacamos que a tônica do tema ser adoecimento no trabalho referimos como uma linha que subjaz cautela e uma particularidade *sui generis*. O tempo da entrevista versou de 45:39 a 1:49:08, tendo sido vista questões temáticas desse fenômeno de conteúdo não-legislado, uma operação que traduz medos e receios pelas consequências na imagem institucional derivada. Chamamos de natureza *anversa*, face oculta de apreensão das mutações da saúde no processo de subjetividade dos sujeitos sociais como dinâmico e incerto.

A participante Maria, por exemplo, expõe nas duas passagens descritas a seguir, uma questão sobre o tempo necessário a ser percorrido como trabalhadora, e sobretudo, ao investimento diário exigido enquanto persistência em estar NO trabalho, na garantia e defesa por seus direitos, conforme

<Internas\ENTREVISTAS\Brasil\MariaII> - § 37 reference coded [1,41% Coverage]

=Eu trabalhei muito pra eu poder trabalhar! O que mais me incomodou foi você lutar por um direito que você tem. **Portador de deficiência tem direito ao trabalho, tem direito na sociedade como pessoa né?** E o trabalho edifica a pessoa e foi isso assim que eu achei que a junta médica não está preparada porque eu conheço outros casos de pessoas com deficiências menores que a minha que **eles aposentaram e as pessoas estão recorrendo agora né?** Então Deus me iluminou que eu consegui, que bom que eles vão ter que fazer os outros agora. Até eles fizeram umas normas agora na PROGEPE sobre isso.

<Internas\ENTREVISTAS\Brasil\MariaII> - § 51 reference coded [2,38% Coverage]

-**Pelo menos mais uns 10 anos ainda. Eu acho que vou conseguir cumprir.** O amanhã a gente nunca sabe, né Maria Angélica, mas quero trabalhar até conseguir a minha aposentadoria se o governo não mudar. (risos) Estou com 23 anos na universidade, não, são 20 anos na universidade, ao todo são 23 anos e 9 meses, já dando uns 24 anos ao todo já, contando o tempo de fora. Na realidade, eu tenho uns 25 anos de universidade, eu posso entrar com aquele processo né? Mas eu não tenho

idade, se colocar meus 25, vai dar 48, tenho que ir até os 52 anos pra poder dar o tempo certinho. Não sei como a lei da deficiência como é que vai entrar, mas conto como os 25 mesmo, mas esta é a lei antiga, que dá os 48 anos de idade. Agora vamos ver como vai ficar na nova legislação. Pela Enfermagem era 25 anos de serviço insalubre, agora pela deficiência, vamos ver como fica. Mas eu conto sempre, **estou preparada pros 50 anos, agora tenho 43 anos, só falta 7 anos...conto mais 10 anos**, pra dar os 52 anos na verdade.

Os resultados deste estudo e pesquisa trazem como requisito essencial a formulação da problematização do *retorno* ao trabalho como vital importância enquanto denúncia de sofrimento psicossocial anunciado e invisível na complexa relação saúde e trabalho. A *implicação institucional na manutenção do adoecimento após longos períodos de afastamento do trabalho* pelas convergências sociais não serem aprofundadas e nem esclarecidas de imediato, trazem a materialidade da situação de afastamento ao trabalho ancorada em condições de sofrimento e adoecimento ainda presentes, não desvanecidas na condição de vida e trabalho. Sabendo que

Um desses elementos diz respeito à relação entre o processo de retorno ao trabalho e os motivos dos afastamentos. Compreendeu-se que, para abordar o retorno ao trabalho, é necessário examinar a rede de causas relacionadas aos afastamentos. Tal assertiva, embora pareça óbvia, repousa justamente no pressuposto de que os trabalhadores e os professores deste estudo retornam ao trabalho em condições semelhantes àquelas que influenciaram o adoecimento e o afastamento. Se fossem tomadas medidas de melhorias das condições e organização de trabalho na escola, como, por exemplo, em relação aos aspectos psicossociais, estas beneficiariam toda a comunidade escolar, não apenas os professores ativos e readaptados (MACAIA, 2015, p.849).

As conclusões apontam que o retorno ao trabalho opera em condições desfavoráveis à manutenção da saúde mental, visto centralizar-se em abordagens de controle social individual, calcado numa lógica adaptativa distante da administração geral enquanto gestão de conexão entre saúde e trabalho. A ressignificação de uma nova ordem caminha para uma compreensão da multiplicidade de fatores e indicadores psicossociais como condição da prevenção do adoecimento.

Assinalamos pois, como consequências da implicação institucional no adoecimento do trabalhador: cronicidade em saúde instalada, estigma social no entorno interpessoal, conhecimento deficitário do quadro global de saúde no trabalho relativo a organização e gestão do trabalho, relações interpessoais conflitivas e condições de trabalho sob diversas nuances de satisfação. Tais itens em conjunto, em conexão, em interação, mediante nossa investigação, nos deixam entrever a problematização do *poder* norteador das relações.

Este trabalho se propôs a evidenciar o sofrimento psicossocial no *retorno* ao trabalho após longos períodos de ausência da dinâmica institucional a implicação da administração, no caso, a administração pública, no processo e expressão de adoecimento na vivência de assujeitamento à realidade no entorno. Sabemos que o contexto social apresenta normatividade instituída e instituinte quanto a preceitos e valores, limitada a revisões e sugestões.

Segundo nossa apreciação, as possibilidades que se desvendam são as de normas constantemente passíveis de renormatização. As tentativas de renormatização se dão porém, mediante o gerir do trabalho com o custo da própria experiência de vida na posição de estar adoecido. O adoecimento enquanto *Paciente*, condição de *ser e estar adoecido* na relação entre saúde e trabalho como debate e existência nas experiências de vida. Assim posto, a nosso ver, consiste numa esfera de poder subjacente invisibilizado em pesquisas nesta temática. Poder de trama institucional como nexos provocador e causador de adoecimento e de doenças profissionais, nexos esse, não reconhecido nem pela administração do trabalho e somente pela justiça do trabalho, após longas e duradouras lutas jurídicas.

Assinalamos que a análise temática trouxe a complexidade e nuances do sofrimento psicossocial nas narrativas dos participantes. De modo a exemplificar tal situação apresentamos a entrevista na íntegra do participante Marcos (Anexo S).

Em relação à essa problematização do *retorno* em suas particularidades apresenta visibilidade as manifestações de sofrimento psicossocial decorrentes da *questão social* (Castel, 2013) vista como abrangente e interconectada ao contexto sócio- histórico em movimento incessante, ou seja, designa toda e qualquer modalidade de associação, de forma que, em vez de uma substância social, é sempre relação. Essas relações apresentam portanto manifestações de sofrimento psicossocial em narrativas quanto às categorias temáticas obtidas na análise temática, incluindo o próprio momento da Entrevista. Materializam a nosso ver, os questionamentos sobre retorno estar ancorado em implicação institucional de manutenção do adoecimento sob precariedade nas condições e organização de trabalho. A organização do trabalho é deflagrada na análise temática efetuada nesta pesquisa. Dentre as referências de narrativas apresentadas evidencia-se detalhamento, como exemplificação, do *retorno* do participante Marcos (análise temática do participante no anexo R), a mobilização subjetiva de estratégias de defesa nas narrativas encadeadas.

A condição de adoecimento, em *Gerir o trabalho com a vida-ser Paciente* percebeu-se em “= Na verdade, é que **eu caí e eu fiquei na rua!... O pessoal passava assim e nem...ligava...**”

Estar *Apto* ao desempenho da função nas subcategorias, referiu-se a em *Competência* “foi o que falei pra eles, não sou eu, cara, que estou me opondo a nada, mas o curso, o pessoal do curso, da escola onde eu faço a reabilitação que é específica pra reabilitação, que pediu mais tempo, e **isso até eles colocaram na Ata deles, que eles pediram mais tempo pra reabilitação**”. Indica tentativa de garantia de melhores condições de suficiência física e principalmente, emocional no ambiente organizacional, já que tivera episódio traumático de ter tido queda no transporte público e ficara caído sozinho no chão “**meu grande medo é... relativo ao que me ocorreu, a queda, o transporte público, estas coisas que eu ainda tinha dificuldade..**”.

Igualmente, denota-se em *Incapacidade derivada* o receio devido ao acidente de trabalho sofrido “E quando eu voltei, eu voltei por um período, e acabei **sofrendo uma queda no transporte coletivo**, eu estava retornando do trabalho (...)”

Em *Restrições* apresenta a importância de requerer preparo para o retorno devido a capacitação “Ah, **Acho que o tempo é o de menos nisso... na reabilitação, se o intuito é o de ser a pessoa reabilitada!**” e em *Retorno* ratifica essa preocupação institucional em acelerar o retorno pela produtividade garantida em “Eu tenho problemas com relação às atitudes que a pessoa tomou **aquela decisão... eu realmente senti que era mais pela questão... tipo, voltou ao trabalho!**”

Em *Corpo à bala-administração* verifica-se o *abandonado* enquanto normativa institucional para retorno às atividades, não tendo a mesma ênfase às condições preparatórias de desenvolvimento físico e emocional para tal. “Neste sentido, eu... sinto... senti mesmo **abandonado** por parte da instituição... porque... eu sempre fui atrás dos cursos e tal... né, claro que acho que... ninguém gostaria de ficar afastado muito por problemas de saúde... (*riso nervoso*)... até eu mesmo se pudesse... não gostaria de ter o problema visual...” E quanto ao *horário* “Isso, que eles fizeram...**foram lá, e colocaram isso, ah, beleza, vc vai trabalhar da 13 às 19h**, sabe?...Sabe, eu tinha colocado que pra mim, eu queria trabalhar **de manhã**, sabe? **Pra mim era primordial que eu fizesse, eu faria as 6 horas aqui, ia para o curso e conseguiria sair.**”

Na categoria *Enfrentamento*: “Acredito que é ruim ir pra discussão, bater de frente, mas se não fizesse isso também...vc acaba aceitando todas as coisas! Mas mesmo eu batendo de frente com todas as coisas, bem eu aceitei né? Eu retornei mais de um mês antes do que era previsto pelos médicos, pela Junta médica.”

E finalmente incluindo o momento *Entrevista* como categoria temática pode-se entrever o desempenho satisfatório do trabalhador na atualidade “falou que estava bem satisfeita com as atividades desenvolvidas pelo Marcos.”

Além desses fragmentos da entrevista surgidos, esta situação é apresentada em pormenores em todas as referências de análise temática do participante Marcos conforme anexo R e, estando a íntegra da *Entrevista* enquanto relação estabelecida, no anexo S.

Segundo Codo, Soratto e Vasques-Menezes (2004), a organização do trabalho interfere na dinâmica das relações além dos aspectos objetivos e concretos da administração enquanto estrutural formal e sistemática de funcionamento em si, abarca essencialmente o desenvolvimento social do poder de agir: “a organização do trabalho é analisada pela sua dimensão socialmente construída, subjetiva e intersubjetiva, e não pela dimensão tecnológica, tarefa-atividade, normas de produção, rotinas, etc” (CODO, SORATTO e VASQUES-MENEZES, 2004, p. 287).

Igualmente Dejours (1988) sinaliza em estudos sobre as consequências mentais do trabalho pelo enfoque da Psicodinâmica do trabalho utiliza o método psicanalítico de escuta do sujeito pela instrumentalização da palavra. A utilização da palavra pela mobilização subjetiva do sujeito visa articulações sensíveis às questões de saúde mental no trabalho, notadamente as de organização do trabalho.

Em suas análises, Dejours (2007) identificou a origem do sofrimento psicossocial estar arraigada na dinâmica e atitude dos protagonistas trabalhadores que se sentem alijados dessa relação normativa de trabalho, imperando silêncio e recusa em se deter sobre o assunto. Equivale igualmente, mencionar que o medo (MERLO et al., 2003) desliga os trabalhadores do seu próprio sofrimento físico e psíquico e de seus pares, quando não se fala sobre as pressões ou sobre a dor e em decorrência, cada um vive na solidão. Como proteção à saúde mental e contrário aos efeitos maléficos do sofrimento, as estratégias defensivas são necessárias, mas podem também funcionar como uma armadilha que insensibiliza contra aquilo que faz sofrer.

Vislumbramos durante este estudo e pesquisa, nas questões norteadoras ou *questões centrais de investigação*, presumimos como conjecturas de análise e simbologia:

Quanto aos elementos constitutivos de *formas de enfrentamento e construção da designação de adoecimento* como responsabilização pessoal dos servidores públicos federais após longos períodos de afastamento (acima de 120 dias) decorrentes de LTS se apresentaram intimamente relacionados à administração e gestão do trabalho. Conforme evidenciado na análise temática, *verificam-se reincidências crônicas de agravos à saúde e isenção da implicação institucional desde a sua gênese*.

Na metodologia qualitativa pelas observações participantes, diários de campo e entrevistas individuais apreendeu-se restrita maleabilidade na preservação da privacidade e contrariedade na natureza de escuta das demandas solicitadas, equivalendo às descobertas de falta de responsabilização do contexto de trabalho como *nexo causal* dos afastamentos de trabalho, ou seja, a estrutura e dinâmica organizacional. Na categoria apresentada no nó ‘*saúde grave associado ao trabalho*’ foram relatados situações como sendo “problemas relacionados ao trabalho”, que são portanto, de diversas ordens e no nosso entender, provavelmente *o mais emblemático de todos, dando origem e tensionamento afetivo desta tese*. Tensionamento apontado como desconfortos e constrangimentos perceptíveis na conjuntura de estar em adoecimento, no passado ou em curso, tensões afetivas, de natureza subjetiva e psicossocial por integrarem um contexto social. Perspectiva essa geradora de impactos na saúde, refletido e refletindo no trabalho. Caracterizamos que o retorno em situação semelhante educacional, equivale o destaque da natureza impeditiva, interdita do contexto institucional balizando as ocorrências, assim percebida

o retorno ao trabalho provoca piora dos sintomas, o que sugere que a volta ao trabalho na escola ocorra em condições semelhantes àquelas que influenciaram os afastamentos, e com o agravante da ausência de políticas adequadas para o momento desse retorno (MACAIA, 2015, p.843 citando Glina et al., 2001).

Surgem assim, referenciais sobre coordenações e chefias, com uma carga bastante eloquente em todo o discurso e passagens significativas em todo o processo da entrevista, presente nas categorias de análise temática de primeira ordem. Estas referem-se à organização do trabalho, principalmente quanto a escalas e horários, assédio moral e concessão de aposentadoria, relações interpessoais e normativas de movimentação de pessoal.

<Internas\ENTREVISTAS\Brasil\Cesar> - § 1 reference coded [0,29% Coverage]
Reference 1 - 0,29% Coverage
Mas eles foram e fizeram concurso para o programa casa. Por que eles saíram?
Por **problemas relacionados ao trabalho** e com as chefias, sabe?

<Internas\ENTREVISTAS\Brasil\MariaII> - § 1 reference coded [1,62% Coverage]

Reference 1 – 1,62% Coverage

-Porque às vezes, a pessoa vai criando mágoa, raiva, ódio, depressão, aversão e síndrome do pânico, tudo isso, eu creio. Não sou médica pra falar, mas o que eu vejo era isso. Sabe, a maior parte das pessoas que iam lá no ambulatório dos funcionários, era isso: **problema com a chefia ou com colegas né?** E daí acabava tratando acarretando outros transtornos, depressão, hipertensão, síndrome do pânico lá tem bastante. Porque a pessoa acaba de uma maneira ou outra, sendo...sabe? Ela quer se proteger, vamos dizer o organismo, e **a pessoa acaba ficando doente, acaba adoecendo. Eu acho que aquele HC tá muito doente, né?** Maria Angélica, de uns tempos pra cá, de uns 15 anos pra cá.

6.2. Saúde como *verso* e *anverso* institucional

Quanto à questão de investigação sobre o protagonismo, *potencial de autogestão* e criatividade dos sujeitos sociais pesquisados, identificamos indicadores da construção de saúde mental em suas práticas discursivas, histórias e narrativas. As narrativas viabilizam o que denominamos de *saúde como verso e anverso institucional*, isto é, perspectivas positivas de construção das políticas públicas de atenção à saúde mental. As políticas em saúde do trabalhador implicam na inclusão dos participantes como sujeitos ativos do processo, na qual transformação se torna possível pela mobilização de todos como corresponsáveis. Os princípios do sistema SUS no Brasil diz respeito a universalidade, integralidade e da equidade enquanto rumos ideológicos ou doutrinários, por meio da descentralização, regionalização e hierarquização organizacional. Apostamos que os dados dessa pesquisa circunscrevam alternativas nesta direção de atenção abrangente e democrática às pessoas, independente de sua condição de saúde.

Considerando o conceito de *Saúde* proposto por Georges Canguilhem (2012), segundo o qual ter saúde não significa estar livre de doenças ou estar em uma condição estável de sobrevivência, mas sim uma constante possibilidade de *renormatizar*. Os estilos de vida saudáveis, relacionam-se com a criação de novas normas de vida e uma constante alteração das normativas. Assim, um sujeito saudável é normativo no sentido de que sempre que se depara com uma cristalização, um engessamento na forma de agir (nesse caso, de trabalhar), ao invés de ficar confinado ali e apenas seguir aqueles parâmetros, se permite inventar novas formas de agir, sendo capaz de seguir novas normas. O viver, então, de certa forma, é criar normas, e o problema é não poder ser o sujeito das normas. O viver em nossa concepção, é suportar as adversidades do meio. Se a concepção de saúde em Canguilhem reitera a relação ativa entre o

sujeito e seu meio, no caso, o trabalho onde se insere, acontece um debate constante para verificação do que é possível neste campo.

Nesse embate, podemos problematizar: O que é possível? O que não é possível? Como criar normas de saúde que possam ser vistas? Se há tratamento homogeneizador e classificatório para todas as pessoas como estas irão se sentir quanto a sua recuperação? Aliás, ainda acreditam que têm saúde? Ou após a visão de que se “partiu, quebrou” um cálice de perfeição do corpo, não há espaço, não há entendimento para prosseguimento? Há espaço para diferentes desejos? Diferentes habilidades? Diferentes processos de recuperação? Diferentes processos de superação? Tais indagações puderam se expressar e ter *voz* ao serem identificadas com os participantes as categorias temáticas de primeira ordem: 5 *Enfrentamento* e 6 *Dificuldade*. Nessas narrativas deixam visível o enorme esforço e movimento para estar em conexão consigo próprio, o contexto institucional e o seu ofício.

O estudo e compreensão da saúde como *verso* tem a prerrogativa da passagem, do caminho percorrido, como este é vivido e experienciado como vida. Traz a desenvoltura e dinamismo da ação como rito e passagem, como choro e riso nas ruelas estreitas dos imperativos normativos existentes, nos olhares que perscrutam o inusitado, diferente, que foge ao habitual. O que pode ser conectado como verso nestes dizeres? E ainda institucionalmente falando, no campo do trabalho, como ofício e existência ao mesmo tempo. Equivale referir que a saúde como verso, trata da existência humana como movimento incessante, não moldável às esferas do usual, tradicional e rotineiro pura e simplesmente. Necessita da absorção do ritmo e fluxo, não captável em sua essência pela forma *nua e crua* das exigências existentes nas regras. Regras essas, no nosso caso, que fazem parte do mundo corporativo, das legislações que uniformizam e impõem conceitos para legislar, operar em controle e ação de modo inequívoco. Segundo a terminologia da palavra, incorpora poesia e trova, ou seja, a saúde compreendida como processo, um estado da arte.

<Internas\ENTREVISTAS\Brasil\Cesar> - § 1 reference coded [1,31% Coverage]

Reference 16 – 1,31% Coverage

= Tudo, tudo que corresponde à esta atividade. **Eu vejo a medicina, vamos dizer assim, como uma arte, tá? Eu gosto muito de ler a história da medicina, a proposta hipocrática é óbvio que não dá pra conversar com todo mundo, porque arte? Mas é o fato de vc estar, de vc estar entendendo, ou tentando entender o ser humano. Não só a queixa principal né? Ah, tô com dor de barriga. Mas às vezes o mais importante é saber o motivo da consulta. Eu tô com dor de barriga mas quando tô saindo da porta, me despedindo do médico: Poxa, eu briguei com a minha mulher ou meu passarinho morreu. Ôpa, então muda total e completamente.**

E saúde entendida como *anverso*. É compreensão que desdiz o reverso, o contrário ou oposto, no caso, a doença simplesmente, como se fossem separados. Consiste saúde no corolário de sua *outra dimensão*, vamos dizer, numa composição e associação que faz parte do mesmo fenômeno, compõe e estrutura a mesma existência humana. Segundo Wikipédia, enciclopédia livre:

O termo *anverso* (ou *obverso*), e o seu *oposto*, *reverso*, descrevem os dois lados das unidades de moeda e de muitos outros objetos com duas faces - normalmente em referência a moedas, mas também a papel moeda (notas), bandeiras, medalhas, desenhos, e outras peças de arte ou artigos impressos. Os termos podem ser intermutados, respectivamente, com os mais usuais, mas menos precisos, termos "frente" e "trás" ou, no caso das moedas, "cara" e "coroa".
WIKIPÉDIA

Pode-se citar outros exemplos, dentre eles Cabral (2001) em que diz que o conhecimento do jogo é operacional e desdobra a ação.

]Passemos ao futebol. Quando um jogador tem a bola em seu poder, o conhecimento interioriza a ação e implica o imediato (que fazer da bola) e o mediato (como reagirá o inimigo)- uma dupla perspectiva e não uma só. Desdobrado em dois, o conhecimento tem uma dupla face, digamos assim: anverso e reverso. É no reverso que o conhecimento lúdico tem a sua especificidade. Não um reverso real, evidentemente, mas fictício, e isso distingue o jogo da luta e do trabalho, de que aliás provém. (CABRAL, A., 2001, p.196)

A face dupla, múltipla ou integrativa em si mesma aponta que saúde se apresenta no contexto e circunstância sócio-histórica como referenciais geopolíticos, econômicos e sociais componentes dessa saúde vivida na vida que participa. Podemos asseverar que duplicidade, complexidade e paradoxos compõem essas interações e conexões. Conforme Cesar se manifesta sobre os impedimentos a si, do mesmo modo, a busca contínua pelo aprimoramento de competências ou capacidades.

<Internas\ENTREVISTAS\Brasil\Cesar> - § 1 reference coded [3,42% Coverage]
Reference 29 – 3,42% Coverage
= Como houve esta **determinação** por causa da sindicância, por comissão, então o sr não tem nada aqui no meio...Então, eu não posso! Aí disse: Interessante, quando serve pra gestão eu ser médico do trabalho... Aí eu me afastei. Disse: Não, de maneira nenhuma. Então o sr. deveria trabalhar no SESAO. Eu disse: Eu não quero trabalhar no SESAO, pelo seguinte: Entendendo que o Cesar pode ajudar sendo médico do trabalho e avaliando admissional e periódico, ele serve. **No momento que o médico do trabalho avalia uma situação do trabalhador, que a origem é doença relacionada a trabalho e 99% Gestão do Trabalho aí o Cesar não serve! Então eu prefiro ser um médico clínico com a minha formação em perícia trabalhista e**

saúde ocupacional. Na realidade, nós somos da primeira turma da Federal que o curso se chamou saúde ocupacional, não mais medicina do trabalho. Porque tinha psicólogo, assistente social, não era só médico, que era o que a gente sempre esperava, pensar multidisciplinarmente. Então primeiro, é interessante, Maria Angélica, aí porque, nos atestados emitidos por mim, quando eu estou convencido do problema do servidor, eu coloco a bibliografia, o embasamento: Conforme a resolução 19, por exemplo...de 1994, no seu artigo 2º, **o nexso causal possível está estabelecido.** Então, o que se faz? Esgotamento! Quando a pessoa tem esgotamento por condições difíceis de trabalho porque vc trabalha sem **condições de trabalho**, não tem um lápis, não tem computador tal. Por relações difíceis com colegas e chefia não que a pessoa cause isso, mas é que a chefia e os colegas de trabalho punem o bom servidor. É uma loucura né?

Dito isso inicialmente, incorpora se debruçar sobre o estudo e exploração da saúde em relação ao trabalho, que possui uma visão dual. Opomo-nos à utilização do termo *reverso* para ir além da pura contraposição, ou seja, essa é a aparência imediata. Já debater a saúde como *verso*, colocamos o debate na dimensão da existência, da poesia enquanto narrativa, aliás, inúmeras narrativas tais como são as variantes histórias de vida. Nesse nosso entendimento, dualidade além da contraposição imediata. Dualidade que configura a multiplicidade do fenômeno, com suas nuances e inter-relações imbricadas. Mais do que pretender esgotar ou sintetizar esta complexidade conceitual e teórica, indica que um campo de *adversidade* espinhosa constituinte, que o constitui e impregna. Refere-se ao adverso enquanto falta e lacunas. E igualmente, contém a *diversidade* das diferenças enquanto formas e expressões, os diferentes limiares da dor, diferenças nas percepções, as possibilidades múltiplas que existem. Dentre as narrativas dos participantes, saliento a do Marcos que enumerava ser-lhe dito na PROGEPE “*ou vc reabilita... ou vc se aposenta!!!*” mas que no local de trabalho a busca pela “questão é o *sol!*.. a mobilidade... fazer os cursos” se tornou imperativo em passar por novos caminhos. Instrumental disponível, sensível ao seu manuseio nos afazeres de trabalho. No anexo H apresenta-se o participante em seu ambiente de trabalho organizado às suas características, luta cotidiana na implantação desses materiais no entorno universitário e base de reflexão com colegas similares a si.

CANGUILHEM (1990) afirma que o limiar entre saúde e doença é singular, ainda que influenciado por planos que transcendem o estritamente individual, como o cultural e o socioeconômico. Os processos *normativos* de padronização subordinam resultados e efeitos adversos na relação entre saúde e trabalho enquanto interação dinâmica em que vários sistemas estão atuando ao mesmo tempo, sendo que nesta tese debatemos os poderosos determinantes socioeconômicos aliados aos socioculturais expressos como contextos institucionais de preconceitos e comportamentos ligados a proibições, dentre outras temáticas.

Dessa maneira, simboliza e fundamenta o que se tenta anular como componente do mesmo fenômeno sob igual importância. Exprime pois também, a face da dificuldade. Esta é a face, podemos dizer, menos glamourosa que se procura esconder e classificar no doentio e obscuro. Corresponde à figura dos lados formadores da vida humana, como integrantes e intercambiantes entre si. Resultam em universos com *diversidade nas adversidades* participantes da ação, ação em processo que se expressam de diversas formas. Exploração da diversidade pressupõe contexto social, histórico e cultural único, múltiplo e intercambiante.

Nesse entendimento da saúde como *verso* e *anverso* no campo trabalho, nossa pesquisa centra-se na contribuição da imersão na experiência de adoecimento dos protagonistas, funcionários de instituição pública, especificamente hospitalar, em seu momento de ausência ao trabalho, os afastamentos no Brasil ou *baixas* em Portugal. O eixo desta investigação se situa na experiência do trabalho como empreendimento humano, demonstrando a amplitude de abordá-lo a partir do conceito de atividade. Como se pode tocar este corpo assujeitado para que seja possível no trabalho, encontrar o real da atividade, fazer o trabalho se tornar vivo?

A compreensão no nosso entender, em tornar o trabalho vivo foi conferida nas narrativas dos participantes entrecruzando os fatores da gestão com atividade laboral e com a capacidade residual ou aptidão ao trabalho. Correspondem às categorias de primeira ordem: *1 administração*, *2 Apto* e *4 Função*, integralmente referidos no anexo F, e de forma aprofundada, no capítulo 5.2. Ocorrem inter-relações entre o trabalho operando segundo termo utilizado pelos sujeitos -Função- aos ditames organizacionais da administração e regras normativas do exercício -Apto-.

O debate de normas para tornar o trabalho vivo, em movimento, manifesta-se entre linguagem e atividade para operar o que chamamos de uma dupla antecipação: por um lado, o uso da linguagem portando conceitos e saberes (e podemos pensar também em toda a gestualidade da linguagem corporal, (o corpo) busca antecipar a atividade prevendo, codificando de forma racional, servindo de modelo de modos operatórios e permitindo a transmissão e o acúmulo de experiências; e por outro, a própria atividade, que antecipa, em contrapartida, o que deve ser posto em palavras, formalizado em saberes e conceitos e desenvolvido em novos modos de operar com o corpo. Este é o cenário das dramáticas do uso do corpo-si, “dos infinitos debates de normas, mesmo que infinitesimais, que o corpo-si, por um impulso de vida e de saúde, sintetiza em sua atividade” (GOMES, JÚNIOR & SCHWARTZ, 2016, p. 346).

Destaca-se aqui a contribuição da Ergologia no estudo de toda a atividade humana, destacando-se a atividade no trabalho. (...) O Trabalho, conforme entendimento do filósofo Ives Schwartz (2011) considerado o criador da abordagem ergológica, “é uma realidade enigmática”, porque “escapa a toda definição simples e unívoca” (SCHWARTZ, 2011b, p. 20).

Segundo Schwartz (2010), o debate de normas contínuas no trabalho opera pelo *corpo-si*, entidade essa que racionaliza sobre o fazer da atividade, é considerada uma presença do sujeito nem sempre consciente de como gerir tal distância. “O *corpo-si* atravessa tanto o intelectual, o cultural, quanto o fisiológico, o muscular, o sistema nervoso” (SCHWARTZ, 2010a, p. 44). Essa gerência do agir na atividade de trabalho incorpora movimentação entre possibilidades, escolhas, o que significa que “os sujeitos fazem escolhas, as quais pressupõem um debate interno que permite acessá-las.” (FREITAS, 2012, p.96) Refere portanto, que o trabalho é *uso de si por si* ao mobilizar seu saber-fazer e valores na atividade de trabalho e *uso de si pelos outros* ao singularizar-se ao fazer uso do debate de normas em escolhas contínuas.

Ao centrarmos-nos nas escolhas, escolhas feitas sobretudo, pelos atores, no caso, os trabalhadores em suas arbitragens nos seus contextos de ação, é problematizar tais escolhas em todo sistema de reversão entre estado de bem-estar e seu avesso. É tornar visível esta tensão permanente e, por outro lado, os constrangimentos com que se veem confrontados na atividade diária. Assim, concepção da saúde não é a oposição ao adoecimento, é configuração em consistir em entendê-la como resultado de ações definidos e que tomam forma na intencionalidade de seus atores num caráter de aderência transgressivo ou protagonismo.

A produção massificada do trabalho na contemporaneidade afeta os serviços de saúde, colocando como prioridade e valorizando as quantidades numéricas, deixando em segundo plano o cuidado. O trabalho passa a ter como base o capitalismo desenfreado. Dentro dessa lógica, o que importa não é complexidade do caso, nem a subjetividade das ações, mas, sim, as ações que podem ser quantificadas.

Esse arranjo provoca o desmanche de hierarquias na configuração organizacional por meio da construção de espaços dialogados, (Canguilhem, 1978), estimulando a atenção compromissada com os sujeitos e a efetivação da clínica ampliada, ou seja, busca contribuir com a clínica que pensa a doença não como ocupante do espaço principal na vida do sujeito e, sim, como aquilo que faz parte dela, sendo esse sujeito capaz de produzir outros arranjos, ou seja, outras normatividades.

Na perspectiva de uma saúde em movimento, apresentamos a proposta de organização de entrevistas com funcionários que retornaram ao trabalho após longos períodos de ausência ao trabalho, o que se caracteriza como afastamentos ou as *baixas* como denominada neste contexto cultural. A organização de reflexão pela linguagem em que o indivíduo reflete sobre si quanto às suas capacidades frente a novos desafios retirados da sua própria história e transformações na própria atividade de trabalho.

Assim, a escrita produzida no diário de pesquisa proporcionou vivenciar, lembrar e reconstruir, por meio das memórias dos afetos, os encontros produzidos com seus diversos atores e suas vozes, reafirmando as relações de implicações produzidas no momento da pesquisa e favorecendo as análises delas.

O sofrimento mental marca o século XXI de formas inéditas ao passo que a globalização expande as exigências laborais por diferentes vidas das pessoas, sequestrando a expressão de suas subjetividades e reprimindo a diversidade de componentes psicossociais do homem ao padronizá-los de acordo com a eficiência da gestão de produção. Profissionais da saúde ganham importante protagonismo na compreensão das inovações das relações de trabalho e sequencial elaboração e aplicação de políticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde mental dos trabalhadores com todas suas especificidades laborais. O trabalho, enquanto forma vinculante da condição humana através da subsistência, deturbada pelo capitalismo em notório consumismo, e caracterização da própria personalidade humana.

A doutrina dialética de análise, assim como tantos autores, vinculam a percepção da condição humana e sua própria auto identificação à condição da função exercida no contexto social. Quando as relações de trabalho são fragilizadas pela globalização, reduzindo fronteiras entre países e aumento a importância do capital intelectual, percebemos repressão das idiosincrasias das personalidades individuais, as quais uma vez reprimidas se tornam fonte de acometimentos patológicos à psique humana, com adoecimento biopsicossocial. A própria percepção de adoecimento, nesse sistema escravo da eficiência, se categoriza como desvios redutores da capacidade de produção. Assim, o sofrimento mental na apoteose do capitalismo ganha protagonismo apenas enquanto é capaz de reduzir seus esforços produtivos, não pela sua natureza intrínseca de condição adversa.

O trabalho ainda exerce importante função ao introduzir os sujeitos às condições de grupo, viabilizando a interação social entre pessoas que se identificam por características comuns e, dessa forma, surge a percepção de comunidade, de agrupamento social organizado,

que não apenas realiza uma mesma função, mas que frequentemente apresentam perfis epidemiológicos de doenças laborais no que tange à saúde mental extremamente semelhante. A percepção de programas dirigidos à realidade de cada trabalhador, enquanto fonte específica de diversas doenças da saúde mental, se torna especialmente importante nesse contexto. A tecnologia exerce importante papel nesse processo histórico, aumentando as exigências da eficiência e relegando a força humana de trabalho a condições laborais que progressivamente sequestram mais e mais o exercício da subjetividade das partes, inviabilizando ainda a construção de percepção de identidade própria nos resultados dos esforços produtivos.

É importante salientar a análise do retorno laboral do trabalhador no serviço público, tendo Avaliação de Capacidade laborativa – ACL no Brasil e Certificados de Incapacidade Temporária – CIT em Portugal, que implica e interfere diretamente na saúde mental destes. O tema Saúde, amplo e complexo, aborda várias questões e dilemas, tornando-se fundamental apreender as causas, consequências e, principalmente os determinantes que possam contribuir para perceber o processo de adoecimento neste contexto, revelando as suas diversas facetas e configurações. O momento histórico, político e cultural do interlocutor permite perceber de forma holística o corpo como campo funcional ativo, acometido por interferências de saúde no campo de trabalho. Destaca-se a relevância e pertinência do tema pela sua contribuição para uma maior compreensão da complexidade do setor público, podendo até viabilizar, no futuro, a determinação de estratégias de ação preventivas na saúde mental no trabalho que, pela sua complexidade e abrangência, é das grandes problemáticas da prevenção em Saúde do trabalhador, alicerçado em três domínios: vigilância, assistência e promoção à saúde.

A definição de saúde mental ou saúde psíquica é ainda mais complexa, pois encontra-se diretamente vinculada à questão do “normal e do patológico”, envolvendo a complexa discussão a respeito dos estigmas da doença mental. A atribuição de um diagnóstico psiquiátrico a uma pessoa significa, na maioria das vezes, colocá-la num espaço que pode ser de grande sofrimento, sendo a saúde um recurso para a vida diária e não um objetivo de vida apenas. Trata-se de uma potência em ação, um conceito positivo que considera e enfatiza os recursos sociais e pessoais, tanto quanto as condições físicas e fisiológicas do indivíduo.

Ao refletir sobre o conceito de saúde, CANGUILHEM (2012) aponta que

(...) Compreende-se que, para o homem, a saúde seja um sentimento de segurança na vida, sentimento este que, por si mesmo, não se impõe nenhum limite. A palavra *valere*, que deu origem a valor, significa, em latim, passar bem. A saúde é uma maneira de abordar a existência com uma sensação não apenas de possuidor ou

portador, mas também, se necessário, de criador de valor, de instaurador de normas vitais (CANGUILHEM, 2012, p.142-143).

A manifestação da saúde no ser humano torna o conceito de saúde dependente da época, do lugar, da classe social em que este indivíduo se encontra inserido, é conectado com sua existência. Igualmente está ligado aos valores individuais, relacionados intrinsecamente a concepções científicas, religiosas e filosóficas vigentes. Por analogia saúde está associada ao conceito de doença. E ainda, podemos conjecturar quanto às implicações na saúde mental do indivíduo, considerando que existe classificação em desviante a quem se distancia de um padrão exigido como sendo o único aceitável. A concepção de assumir riscos passa como experiências não só turbulentas, mas tensionamentos inexistentes, como veiculado “[...] a norma, em matéria de psiquismo humano, é a reivindicação e o uso da liberdade como poder de revisão e de instituição das normas, reivindicação que implica normalmente o risco de loucura” (CANGUILHEM, G. 2012, p.184).

Em nossa compreensão, o trabalhador/servidor na administração pública parece necessitar adoecer para ter *visibilidade* institucional e ter uma referência interna. É como se não conseguisse ser ouvido e percebido pelas pessoas com quem convive no seu cotidiano, necessitar de aprovação por pares, sejam estes acima ou abaixo da sua escala hierárquica. E chefias imediatas, como reagem então? percebe-se que estão sempre dispostas a reter, captar a subjetividade daquele trabalhador próximo que *não dá trabalho, serviente*, a ponto de limitar participação ou nem se ausentar de seu posto de trabalho. Trabalhador considerado como adequado por reunir características desejáveis de forma mais contínua, atrelado a performance de bom desempenho, inquestionável e previsível, sem dúvida.

7 CONSIDERAÇÕES SOBRE VALORES INVESTIDOS NO TRABALHO

*“Quem nada conhece,
nada ama
quem nada pode fazer,
nada compreende.
Mas quem compreende,
Tudo ama, observa, vê...
Quanto maior o conhecimento
inerente numa coisa,
tanto maior o amor...
Aqueles que imaginam
que todos os frutos
amadurecem ao mesmo tempo,
como as cerejas,
é porque nada sabem
acerca das uvas.”
Paracelso*

É nítida a percepção de complexidade em campo de fatores e variáveis multifacetado em que o trabalhador se encontra, como igualmente ratifica Vasconcellos et al (2014) que:

(...) o ponto crucial a destacar é que as questões mais preconizadas se relacionam à organização do trabalho, como cultura organizacional, controle e autonomia do trabalhador sobre sua tarefa, jornada e tempo de trabalho, relações interpessoais, comunicação, apoio social, recompensas, reconhecimento e conflito casa-trabalho (VASCONCELLOS, V. C. F. et al 2014, p.4652).

Na esfera institucional encontra-se ainda a injunção de *culpabilização* individual contributiva para a lógica de manutenção das atuações psicologizantes e medicalizantes em vigor. Consideramos de vital importância a abordagem compreensiva de saúde no trabalho, com relevante centrar-se nas vivências do próprio trabalhador, em suas declarações e percepções advindos de uma escuta ativa, numa perspectiva que reconheça sua legitimidade e participação no processo de trabalho.

Significa tomar trabalho não somente pelas categorias clássicas da produção (*poiesis*), mas igualmente as categorias teóricas da ação (*práxis*) necessárias à sua compreensão e análise. Na compreensão da dimensão coletiva do trabalho faz-se mister a participação ativa dos atores sociais na elaboração do o trabalho. São pessoas responsáveis pelo trabalho enquanto realização e idealização, respondendo igualmente, pela coordenação e cooperação apontada como deliberação coletiva (DEJOURS, 2009). Esse é o debate profícuo na construção do mundo do trabalho, possibilidades e transformações.

A maioria das transformações vividas no mundo do trabalho não fizeram mais do que agravar o estado da saúde mental dos trabalhadores. A partir da segunda metade do século XX a relação entre saúde/doença mental e trabalho se consolidou no campo científico no âmbito da psicologia aplicada à área do trabalho.

[...] Das pesquisas realizadas nessa área resultou a inclusão de enfermidades psicossomáticas, psicológicas e psíquicas no âmbito das doenças ocupacionais. Além do ciclo originado da relação homem-máquina, os pesquisadores reconheceram que diversos outros fatores no meio ambiente do trabalho podem afetar a saúde mental, tais como: relações interpessoais e coletivas inerentes à própria organização do trabalho, ambiente físico (ruído, iluminação, temperatura, intoxicação, disposição do espaço físico), forma do exercício do poder de comando na escala hierárquica e demais circunstâncias gerais referentes à própria manutenção do emprego (TEIXEIRA,2007,p.29).

É indispensável que as diferentes investigações se proponham como objetivo fazer ouvir a voz daqueles que conhecem melhor o trabalho: aqueles que o realizam, que comprometem dia a dia o seu corpo (Dejours, 2001), sua subjetividade, para preencher a lacuna entre o trabalho prescrito e o trabalho real. Esses atores sociais são os únicos que conhecem o trabalho real e as dificuldades com que se vêm confrontados diariamente, e portanto, que conhecem as vias possíveis para sua transformação.

Acreditamos que se conseguirmos fazer ouvir essas vozes, poderemos avançar, não à alienação e ao isolamento, mas na direção de poder se constituir avanço à uma transformação do trabalho. Faz-se necessário a contribuição de saberes interdisciplinares para estudo e intervenção no modo real como se inclui a participação do participante trabalhador, participante ativo com saber advindo sobretudo da experiência, provocando alterações e prerrogativas como propostas de organização no sistema de trabalho. A concepção de saúde como *vida com saúde*, anos vividos com funcionalidade produtiva e social. Esta possibilidade no nosso entendimento, se organizaria na tendência em debater a saúde como espaço social transdisciplinar, tomando como base a perspectiva da complexidade.

Uma direção à busca de interfaces entre ciências da saúde e ciências sociais ao se apontar para uma *saúde plural* enquanto interpretação e prática. Desse modo, caminho para saúde mental plena dos integrantes atendidos na rede de cuidados e potencialmente, garantia de políticas públicas coerentes com esta proposição. Para MINAYO (2012a), as relações

construídas no campo não são desfeitas automaticamente, afinal, trabalhamos com pessoas, com afetos e com relações que requerem cuidados éticos e intersubjetivos. Como afirma MINAYO (2012b), o ciclo de pesquisa nunca se fecha, na medida em que toda investigação produz novos conhecimentos, transformações e questionamentos.

Conforme se expõe a complexidade desta questão, percebemos a dinâmica do interdito, em conexões e manifestações não manifestas explicitamente e sem espaço para debate, revisão e discussão no plano institucional. Na questão biomédica, Biopoder da existência apontada por Foucault, vida ou existência não se coaduna com relações *fora* da relação dos sujeitos com a sociedade. Ou seja, existência não pode ser percebida como desconectada da realidade de vida, expressões explícitas que trazem pra si a responsabilidade do fazer em dupla via de comunicação. Comunicação nada linear, porém que traz os saberes pra dialogar entre si, que compõe uma articulação que admite as diferenças, ambiguidades, contradições como condição *sine qua non* para encaminhamento de alternativas em qualquer base de debate.

Aqui o objeto designado ao longo do diálogo como aquilo de que se deve cuidar não é a alma, é a vida (o *bios*), isto é, a maneira de viver. É essa a modalidade, essa prática da existência que constitui o objeto fundamental da *epimaléia* (FOUCAULT, 2014, p.111).

O que consideramos serem possibilidades ou alternativas interage com a prática da existência nomeada por Foucault, já que se tem relações infinitas, sempre possíveis de serem analisadas ou interpretadas pelo sujeito. Aspectos que não são constantes e que implicam em variações na experiência de vida, experiência identificada como estética da existência.

(...) Em outras palavras, a estilística da [existência* M. F. diz: alma, jamais poderia ser] a projeção, a aplicação, a consequência ou a colocação em prática de algo como uma metafísica da alma. Entre as duas coisas as relações são elásticas e variáveis. A relação existe, mas suficientemente elástica para que se possa encontrar toda uma série de estilos de existência totalmente diferentes associados a uma só e mesma metafísica da alma (FOUCAULT, 2014, p.143).

Na interface de variações possíveis, o processo saúde/doença é uma construção social resultante de uma dinâmica complexa que inclui fatores biológicos, socioeconômicos, culturais e psicossociais que permeiam o contexto da história de vida das pessoas influenciando nas suas atitudes de enfrentamento e de conflito entre as suas expectativas e valores éticos e morais, e aqueles impostos pela organização do trabalho.

As questões de investigação trouxeram ao debate as relações entre a experiência do adoecer e o trabalho, explorando as normas como fundamentais e indefinidamente plurais, por serem singulares. Entre o trabalhador e a tarefa temos, portanto, a atividade de trabalho, que consiste justamente na realização (sempre singular) de um trabalho, considerando-se tanto o trabalho prescrito, como as variabilidades que têm que ser geridas pelo trabalhador. Uma utopia enquanto possibilidades de encontros entre atores ativos.

O desmoronamento da força propulsiva dos “modelos”, quer sejam capitalistas, socialistas, autogestionários ou outros, ninguém quer mais imaginá-los enquanto modelos ideais, felicidade da humanidade não podia conceber-se no quadro de “sociedades modelo” às quais os seres humanos devem conformar-se e obedecer às suas normas; deterioração das condições de realização do trabalho, crescimento da pobreza e das desigualdades, colocação em causa da proteção social. Mas o essencial encontra-se certamente noutra lugar: na procura de uma sociedade democrática, na qual todas as pessoas humanas seriam admitidas como iguais em todas as dimensões da igualdade, da cidadania ao reconhecimento dos seus saberes, renovando assim o esforço que foi feito desde há três séculos pela filosofia das luzes (RUZZIA, Utopia p.117).

Sendo o objeto de conhecimento do campo da saúde constituído por definições divergentes, faz-se inevitável apontar considerações e conclusões conectado às proposições iniciais na produção dessa pesquisa e no envolvimento afetivo operado desde sua concepção. Os resultados delinearam implicação institucional na manutenção do sofrimento e adoecimento como nexos causais, incidindo sempre para a responsabilização individual e reservando depoimentos de medos e ansiedades no retorno ao trabalho após longos períodos de afastamento do trabalho. Em consonância, a pluralidade da saúde como fenômeno e circunscrição à vida, evidenciou estratégias construtivas além da posição de *paciente* frente ao real inusitado.

Sugerimos a continuidade de estudos sobre a temática da saúde, em especial, o da administração pública em investigações que abarquem categorias de sofrimento social e contexto institucional, buscando melhor caracterizá-los no contexto brasileiro; a origem dos sofrimentos e agravos guarda estreita relação com os elementos que compõem a organização e gestão do trabalho. Nesse sentido, as ações da vigilância, promoção e prevenção da saúde devem incluir e identificar os componentes geradores desses agravos.

Mediante levantamento junto a comunidade da administração pública, estudos e pesquisas sistemáticas e contínuas na temática desta tese, poderão identificar e oferecer debates e encaminhamentos aos sofrimentos psicossociais recorrentes e aos conflitos permanentes entre o corpo funcional e os dirigentes institucionais. É essencial viabilizar estudos contínuos sobre

saúde quanto aos impactos dos determinantes psicossociais como estressores atuando no estado geral comprometendo o sistema imunológico, fisiológico e afetivo.

Quanto aos objetivos não alcançados ou limitantes ressaltamos a impossibilidade do alcance ao grupo almejado de ser ora pesquisado, os sujeitos afastados por LTS durante o primeiro semestre de 2016, por não terem respondido aos e-mails, telefonemas e convites pessoais. Igualmente, o objetivo de concentração às pessoas no *retorno* ao trabalho também não se concretizou por já ser um momento de intenso nível de stress, incertezas e entraves institucionais. Assim, novas conexões se avizinharão, como as de: Esta fala acontece? Onde pode acontecer? Quem são os interlocutores? Interlocutores na organização? Interlocutores nos pares? Autointerlocução, como percepção ou afetação de si mesmo? Como demonstrar empenho pelo trabalho senão por si, seu corpo, sua abnegação e apreço pelo que faz? Que meios têm os atores funcionários, eles mesmos, para enfrentar tais novas interrogações? Indagações e aprofundamentos que poderão ser investigadas, pesquisadas e debatidas em conjunto com os trabalhadores, possivelmente em grupo e de forma ativa.

Sendo trabalho e saúde expresso em ambivalências e incertezas, como pode estar incluída a vida? Segundo nosso entendimento, incertezas representam, assinalam volatilidade presente no movimento do mundo e por que não, no mundo do trabalho? Enfatizamos na pesquisa que relações de trabalho e saúde nos constitui enquanto sujeito e ser social. Uma comunicação dupla, complexa, multifacetada e intersetorial em saúde como *verso e anverso* laboral. E se incertezas podem ser perenes, podemos ampliar o debate para o como incluir questões de *poder* nesta dimensão? Nesse ponto, as narrativas de nossa pesquisa, em especial, explorou organização e condições de trabalho como um campo de conflito ético, ideológico e político, não podendo ser resolvido estritamente na esfera individual, e sim no coletivo do trabalho e de suas reivindicações.

Na dimensão de poder, podemos inserir o debate de Canguilhem com a vida como atividade polarizada de conflito com o meio, em que se sente ou não normal, conforme se sinta ou não em posição normativa, um ponto de vista abstrato, que traduz uma escolha. Escolha que absorve os insucessos, erros, dificuldades e obstáculos.

(...) É a própria vida, pela diferença que estabelece entre seus comportamentos propulsivos e seus comportamentos repulsivos, que introduz na consciência humana as categorias de saúde e de doença. Essas categorias são biologicamente técnicas e subjetivas, e não biologicamente científicas e objetivas. Os seres vivos preferem a saúde à doença. O médico tomou, explicitamente, o partido do ser vivo; ele está a serviço da vida, e é a polaridade dinâmica da vida que ele expressa, quando fala em normal e em patológico (CANGUILHEM, 2012, p. 160-161).

Em nosso trabalho questionamo-nos quanto a produção de novos caminhos onde parece haver um excesso de verdades. Em relação a intrincada legislação e normativas na relação entre saúde e trabalho, segredos são ciosamente guardados e todo o tempo sentíamos esbarrar muitas vezes em muros defensivos, em portas fechadas que talvez escondessem algo que poderia ser esclarecedor das muitas *naturalizações* que ia percebendo. Referimo-nos às naturalizações do adoecimento estar intimamente conectado a responsabilização individual, ou seja, não ultrapassar limites prévios existentes, na qual a identificação de sofrimento, transtornos e do nexos de causalidade entre eles e o trabalho é um grande desafio para a saúde do trabalhador.

Em estudo exploratório, descritivo e com dados qualitativos sobre aspectos relacionados ao afastamento do trabalho por LER/DORT e discussão sobre as repercussões na saúde mental dos trabalhadores, verificou-se desgaste e sofrimento em relação a alguns aspectos da organização do trabalho, invisibilidade dos sintomas e da doença.

Os sujeitos demonstraram desgaste e sofrimento diante das situações de perícia, evidenciando as dificuldades em terem que comprovar, a cada perícia, a presença de doença. Convivem com dores crônicas para a realização de atividades cotidianas. Revelam ainda “desgaste e sofrimento frente às questões de sobrecargas no trabalho, maus tratos em relação aos supervisores, invisibilidade da doença e descaso de peritos (ALENCAR, M. C. B.; OTA, N. H. 2011, p.66).

Portanto, o *retorno* ao trabalho mostra-se um grande desafio dentro do campo da Saúde do Trabalhador, já que a condição de duplicidade existe inclusive, tanto a de ser ausência ao trabalho, como a de ser retorno, o que nos faz indagar sob que condições e preparação poderia ser saudavelmente inserida? Vemos limitações nesse estudo quanto a tecer considerações generalizadoras, porém específicas na visibilização da implicação institucional de manutenção do adoecimento. É vital a necessidade de algumas discussões serem aprofundadas, principalmente no que se refere a obtenção de cruzamento de dados das unidades de serviços quanto a afastamento do trabalho, movimentação de pessoal, modificações nos postos de trabalho, auditorias internas e deliberações em situações de assédio moral e organizacional.

Concebemos diferenças de retorno ao trabalho entre grupos distintos de trabalhadores visando avaliar questões psicossociais como: fatores como dor, demanda psicológica do trabalho, apoio organizacional de colegas e da chefia, tempo de afastamento e tolerância no processo de acolhimento e reconhecimento do sofrimento presente no processo saúde-doença-trabalho. Políticas de apoio intersetoriais mostram-se assim, o canal de comunicação na facilitação e/ou barreira na observância do retorno do trabalhador ao trabalho já que retorno ao

trabalho/ RT significa “RT é um processo complexo, que demanda políticas intersetoriais, cooperação técnica e pactuação de metas entre os atores envolvidos no processo.” (SALDANHA, 2011,p.135).

Análise quanto ao *momento de retornar* é discutido por Sullivan et al. (2005) tanto para os trabalhadores, quanto para a equipe de reabilitação. revelaram que o maior tempo sem trabalhar é uma barreira no retorno ao trabalho. Salienta a necessidade do trabalhador possuir condições físicas e psicológicas para retornar a um posto de trabalho modificado, com ritmo e organização do trabalho modificados, a fim de proporcionar-lhe um retorno gradual às atividades e oferecer-lhe mais segurança.

Toldrá, R. S. (2010) no estudo para esclarecimento e compreensão da situação vivida por trabalhadores que possuem longo tempo de afastamento e sem resolutividade em um serviço de saúde optou por utilizar a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) como ferramenta proposta pela Organização Mundial de Saúde em 2001 (OMS, 2003). “Este modelo faz uma crítica ao modelo médico, centrado na pessoa e na deficiência e propõe um modelo biopsicossocial. No campo da saúde do trabalhador, a CIF permite identificar que as condições sociais, econômicas e políticas observadas nas inúmeras transformações do trabalho são determinantes para as condições de capacidade e incapacidade laborativa” (TOLDRÁ, R. C., 2010, p.11).

Igualmente consideramos o quão é delicado este *momento de retorno* quanto a correspondência entre lotação, qualificação profissional e subjetividade dos trabalhadores. “De maneira geral, quando os trabalhadores retornam ao trabalho são, por vezes, lotados em funções incompatíveis com o seu quadro clínico-funcional e/ou com a sua formação e qualificação, ou são simplesmente deixados à margem do processo produtivo, ou “encostados”, reforçando, às vezes, experiências de fracasso vivenciadas pelos trabalhadores do estudo” (TOLDRÁ, R. S., 2010, p.18).

Consideramos ainda presente a perspectiva de gestão ou política institucional corroborativa a visão de consideração ao trabalhador como um elo produtivo na cadeia organizacional, num reforço ao processo disciplinar do mundo do trabalho. A aceitação de um trabalho não idealizado, mas concreto e relativo a cotidianidade da realidade vivida pelo trabalhador, por outro lado, encara a a condição desse que *adoeceu* dentro do processo saúde-trabalho. Está centrada na capacidade do sujeito elaborar estratégias de ação ou projetos, isto é,

ações práticas que modifiquem as condições concretas de sua vida, incluindo o trabalho. Refere-se a um modelo psicossocial na ampliação da autonomia do trabalhador enquanto sujeito ativo do processo. Neves (2015) argumenta que esta é a perspectiva do *retorno* ser catalisador de novos modos de vida, não podendo ser encarado apenas como um processo técnico, singularizado e burocratizado. “Isto se aplica ao manejo do ambiente de trabalho, ao aprimoramento de competências no trabalho e na vida cotidiana e à introdução de estratégias para promover a melhoria da qualidade de vida, de modo que a subjetividade do trabalhador possa enriquecer-se. Outra, vinculada ao modelo psicossocial, nos parece mais apropriada para articular as ações de retorno ao trabalho, pois é tida como um processo complexo e dinâmico, que envolve componentes individuais, mas que também é influenciada pela qualidade das relações e interações entre o indivíduo, seus pares e os contextos envolvidos”(NEVES, R. F., 2015, p.2287).

Se Castel (2013) considera a centralidade do trabalho e fator de inscrição social ao sujeito, destacamos que o afastamento ao trabalho reforça para o trabalhador a extensão da sua incapacidade, principalmente pela perda do seu papel social dado pelo trabalho. A experiência acumulada na atividade de trabalho sendo individual e insubstituível, espera-se contribuir para a mudança de um modelo de cuidado que tenha como foco o indivíduo em sua singularidade, considerando essencial o diálogo com os trabalhadores, de modo que as soluções sejam encontradas conjuntamente. “A necessidade de acompanhamento e de suporte aos trabalhadores durante a volta ao trabalho também ficou evidente, sendo o medo de uma nova lesão sempre destacado. Segundo os trabalhadores, características da organização do trabalho, como problemas em relação aos colegas e elevadas exigências nas tarefas, dificultaram a readaptação. Eles apontaram que relações interpessoais saudáveis e uma boa acolhida no ambiente de trabalho facilitaram seu reingresso” (CABRAL, L. H. A., 2010, p.156).

Se a proposta de caracterização da questão social em Castel (2013) confere a dificuldade central da sociedade em lidar com sua coesão, havendo risco de fraturas pelas fragilidades econômico-sociais da sociedade contemporânea. “O assalariado ocupa, assim, uma posição inferior na hierarquia de *status* social definida pelo Estado-providência” (CASTEL, 2013, p.328).

Em nossa pesquisa por fim, destacamos a necessidade de investigação contínua das condições de trabalho e os agravos à saúde. “Nos acidentes do trabalho e doenças ocupacionais a relação de causa e efeito se dá entre as condições de trabalho e o agravo à saúde que provoque

a morte ou da perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho. Essa relação pode ser exclusiva ou concorrer com outros fatores de origem extralaboral, hipótese na qual estará configurada a concausalidade. A prova pericial nas ações de indenização por doenças ocupacionais se restringe à investigação da causalidade material, eis que o objeto da prova sempre são os fatos”(SILVA, A., 2016, p.161).

Salientamos sobremaneira o caráter transdisciplinar do campo da saúde tomando como base a perspectiva da complexidade.²⁵ A complexidade refere-se à construção de um conceito de saúde *positiva* ao invés da noção de saúde-como-ausência de doença. A positividade, ou visão positiva da saúde é considerar dentro do complexo Distúrbio Musculoesquelético- DME- já referido anteriormente, que a promoção da saúde tem um cursor integrativo e ampliado. A ampliação do que se denomina de capital social reforça os laços humanos que no cotidiano produzem a qualidade de vida. Capital social a nosso ver, como necessário debate teórico-epistemológico sobre a noção de integralidade das ações de saúde. Ações destinadas a evitar a ocorrência de doenças ou agravos, oportunizar ações específicas de caráter defensivo e igualmente de valores positivos em saúde, tais como ações no sentido individual tanto quanto no sentido coletivo.

Nesse ponto, presumimos vital reforço da *prevenção em saúde* como viabilização de encontro enérgico com essa temática no seu âmago e alma que não se cansa de existir, pulsando pela vida. Essa vida sim, pujante e vigorosa, sem intervalos!

25 “O objeto possível da saúde-enfermidade-cuidado é sem dúvida um objeto de alta complexidade que só se define em sua configuração mais ampla, já que tem facetas e ângulos distintos cujo olhar não dá acesso à sua integralidade”... A lógica que deve predominar em tais objetos possíveis, por conseguinte, seria múltipla e plural, não se expressando de maneira codificada, mas possível de ser reconhecida por seus efeitos” (ALMEIDA-FILHO, 2011, p.114).

REFERÊNCIAS

*“Amarulhar o próprio sofrimento
é arriscar que ele te devore
desde o interior”
Frida Kahlo*

AGAMBEN, Giorgio. *Infância e História: destruição da experiência e origem da história*. Trad. Henrique Burigo. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005.

ALENCAR, M. C. B.; OTA, N. H. *O afastamento do trabalho*. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 22, n. 1, p. 60-67, jan./abr. 2011.

ALVES, Giovanni. *O novo(e precário) mundo do trabalho*. São Paulo, Boitempo, 2000.

ALMEIDA-FILHO, N. de. *O que é Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. (Coleção Temas em Saúde)

ANTUNES, Ricardo. *Adeus ao trabalho?* Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 16ª ed. São Paulo: Cortez, 2015.

BATISTA, C. C. S. *Saúde e Qualidade de Vida na perspectiva da gestão de pessoas* (apresentação ppt). *II Encontro Nacional de Desenvolvimento de Pessoas*, Brasília, 16/11/2011. Disponível em: https://portalsipec.planejamento.gov.br/clientes/sipec/sipec/eventos/ii-encontro-nacional-de-desenvolvimento-depessoas/arquivos/oficinas/arquivo.2011-1129.0478049862/at_download. Acesso em: 01.07.2015.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARROS E BARROS, M. E. & MORSCHER, A. *Processos de trabalho na saúde pública: humanização e efetivação do Sistema Único de Saúde*. Saúde Soc. São Paulo, v.23, n.3, p.928-941, 2014 DOI 10.1590/S0104-12902014000300016

BRAUN, V. and CLARKE, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2). Pp. 77-101. ISSN 1478-0887. Disponível em: <http://eprints.uwe.ac.uk/11735>. Acesso em: 11 nov. 2018.

BENJAMIN, Walter. *Sobre Arte, Técnica, Magia e Política*. Trad. Maria Luz Moita. Lisboa: Relógio D'Água, 1992.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Recursos Humanos. Portaria Normativa nº 2, de 22 de março de 2010. Estabelece orientações básicas aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC sobre os procedimentos mínimos para a realização de Acordos de Cooperação Técnica para a criação das unidades do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal, 2010a.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Ministério. Portaria Normativa nº 3, de 07 de maio de 2010. 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, 2010b.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Ministério. Institui as diretrizes gerais de promoção da saúde do servidor público federal. Portaria nº 3, de 25 de março de 2013.

CABANES, R. (2002). *Travail, famille, mondialisation. Récits de la vie ouvrière*, São Paulo, Brésil. Paris: IRD Éditions et Karthala, 2002.

CABRAL, A. *Jogo no Ensino*. Editorial notícias. Lisboa. ISBN, 972-46-1243-0, 2001.

CABRAL, L. H. A. et al. *Fatores associados ao retorno ao trabalho após um trauma de mão: uma abordagem quali-quantitativa*. Rev. Bras. Fisioter. 2010;14(2):149-57

CANGUILHEM, G.. *O normal e o patológico*. Tradução de Maria de Thereza Redigde C. Barrocas e Luiz Octávio F. B. Leite. -7.ed.- Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

_____. *G. Meio e normas do homem no trabalho*. Pro-posições. v. 12. n. 2-3 (35-36). jul.-nov. 2001

CASTEL, R. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Petrópolis RJ: Vozes, 1998.

_____. *Desigualdade e a questão social*.orgs. Mariangela Belfiore-Wanderley, Lucia Bógus, Maria Carmelita Yazbek. - 4. ed. rev. e ampliada. São Paulo: EDUC, 2013.

CAREGNATO, R. C. A. & MUTTI, R. -*Pesquisa Qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo*. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006 Out-Dez; 15(4): 679-84.

COSTA, M. C. T. Violência, Sofrimento e Adoecimento no Trabalho In: *Saúde do trabalhador : saberes e fazeres possíveis da psicologia do trabalho e das organizações / Conselho Regional de Psicologia - Minas Gerais (CRP-MG), Comissão de Psicologia Organizacional e do Trabalho --Belo Horizonte : Conselho Regional de Psicologia Minas Gerais, 2016, 153 p.*

COUTINHO, C. P. *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina, 2013.

COULON, A. *L'Ethnométhodologie*. Paris: PUF, 1987.

CODO, W., SORATTO, L. & VASQUES-MENEZES, I. Saúde Mental e Trabalho. In: Zanelli, Borges-Andrade, Bastos & cols (Orgs.), *Psicologia, organizações e trabalho*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

CUNHA, Liliana. *Mobilidades, territórios e serviço público: debates sobre o interesse colectivo à margem do paradigma de uma sociedade móvel*, 2011.

DEJOURS, C. *A banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2007.

_____, C. *A Loucura do Trabalho: Estudo da Psicopatologia do Trabalho* (A. I. Paraguay & L. L. Ferreira, Trad.). São Paulo: Cortez-Oboré, 2000.

_____, C. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHANLAT, Jean-François (Coord.). *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas*. v.1. São Paulo: Atlas, 1996. p. 149-174.

_____, C. *Por um novo conceito de saúde*. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v. 14, n.54, p. 7-11, 1986.

DEMARTINI, M., *Estudo sugere que 83% das pessoas sofrerão com doenças mentais*, Revista Exame, 2017.

DIEESE. *Anuário do Sistema Público de Emprego, Trabalho e Renda 2016: análise de indicadores selecionados*. Departamento Intersindical de Estatística e Estudo Socioeconômicos. São Paulo : 2017.

EBERT, M. Segurança e Saúde do trabalhador- a invisibilidade da dor no trabalho. In: CRP-MG), Conselho Regional de Psicologia- Minas Gerais, Comissão de Psicologia Organizacional e do Trabalho -Belo Horizonte : *Saúde do trabalhador: saberes e fazeres possíveis da psicologia do trabalho e das organizações*. 2016. 153 p.

DI RUZZA. O Dicionário Utopia. Laboreal, 7, (1), 115-118, 2011. Disponível em: <<http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=48u56oTV658223533894:555582> >. Acesso em 11. nov. 2018.

SCHMIDT, M. L. G.; SELIGMANN-Silva, E. *Entrevista com Edith Seligmann-Silva: saúde mental relacionada ao trabalho — concepções e estratégias para prevenção*. R. Laborativa, v. 6, n. 2, p. 103-109, out./2017. Disponível em <<http://ojs.unesp.br/index.php/rlaborativa> >. Acesso em: 11 nov. 2018.

ENGELS, F. (1845/2008). *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*. São Paulo: Boitempo Editorial.

EUROFOUND. *Developments in working life in Europe: EurWORK annual review 2014*, 2015.

EUROFOUND. *Developments in working life in Europe: EurWORK annual review 2016*. Author: Heloísa Perista, Paula Carrilho and Maria da Paz Lima (CESIS – Centro de Estudos para a Intervenção Social) Eurofound reference number: WPEF17029 European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2016.

EUROFOUND. *Developments in working life in Europe 2016: EurWORK annual review*, Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2017. Authors: Christine Aumayr-Pintar (Research coordinator and main author). Co-authors: Catherine Cerf, David Fodenand Yolanda Torres-Revena (Eurofound), Bernadette Allinger, Ingrid Mairhuber and Bettina Stadler (FORBA –Working Life Research Centre) and Andrea Broughton (IES).Eurofound project: Monitoring working life: European Observatory of Working Life. 2017.

FERREIRA, D. C. et al. *A experiência do adoecer: uma discussão sobre Saúde, Doença e Valores*. REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA , 38 (2) : 283-288; 2014

FILHO, H. R. C. *Saúde do trabalhador: desafios conceituais e estruturais*. ENSP/FIOCRUZ, 2009.

FLICK, U. *Uma introdução à pesquisa qualitativa*. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FRANCO,T., DRUCK, G. e SELIGMANN-SILVA E., 2010, p.243) *As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado*. Rev. Bras. Saúde Ocup., São Paulo, 35 (122): 229-248, 2010.

FREITAS E. C. de; I. CHIARADIA. *Práticas discursivas em contextos sociais: linguagem e trabalho em uma associação de catadores de materiais recicláveis*. Revista MOARA Estudos Linguísticos, n. 38, p. 92-112, jul.-dez., 2012.

GAULEJAC, V. de. *Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social*. Tradução: Ivo Storniolo. Aparecida, SP: Ideias & Letras, 2007. 338 p. ISBN: 978-85-98239-97-2. Rev. bras. Saúde ocup., São Paulo, 37 (126): 287-289, 2012.

GOMES JÚNIOR , A. B. & Schwartz, Y. *Psicologia, Saúde e Trabalho: da experiência aos conceitos*. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 19, n. 2, p. 345-351, abr./jun. 2014.

GRISCI, C. L. I. Trabalho imaterial. In A. D. Cattani & L. Holzmann (Orgs.), *Dicionário de trabalho e tecnologia* (p.456-458). Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2011.

FOUCAULT, M. *A Coragem da Verdade: o governo de si e dos Outros II*. Curso no Collège de France (1983-1984). Wm Martins Fontes, São Paulo, 2014.

HUTCHINSON et al. *Using QSR-Nvivo to facilitate the development of a grounded theory project: na account of a worked example*. International Journal of Social Research Methodology. Vol. 13, nº 4, out, 283-302, 2010.

LAZZARATO, M. e NEGRI, A. (2001). *Trabalho imaterial: formas de vida e produção de subjetividade*. Rio de Janeiro: DP&A, 2001

LACOMBLEZ, M. & VASCONCELOS, R. *Análise ergonômica da actividade, formação e transformação do trabalho: opções para um desenvolvimento durável*. Revista Laboreal, volume V, nº1, 2009 | pp. 53-60. 2013.

LEÃO, L.H.C., MINAYO GOMES C. *A questão da saúde mental na vigilância em saúde do trabalhador*. Ciência e Saúde Coletiva, 19(12), 4649-4658, 2014.

LEAL, G. F. *Exclusão social e ruptura dos laços sociais: análise crítica do debate contemporâneo*. SP : [s. n.], 2008.

LEITÃO, A. R. *A Organização Internacional do Trabalho (OIT): quase um século de ação em contextos históricos diversos*. Laboreal, 12 (1), 103-111, 2016. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.15667/laborealxii0116arl>> Acesso em: 11 nov. 2018.

LIMA, M. E. A. Capítulo 5- *Trabalho e saúde mental no contexto contemporâneo de trabalho: possibilidades e limites de ação*. In: VIZZACCARO-AMARAL. A. L., MOTA, D. P. e ALVES, G. (orgs) São Paulo : LTr, 2011.

LIMA, M. A. G.; TRAD, L. A. B. “*Circuloterapia*”: *uma metáfora para o enfrentamento da dor crônica em duas clínicas de dor*. Physis, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 217-236, 2011.

LUCCA, S. R. de. *Saúde, saúde mental, trabalho e subjetividade*. R. Laborativa, v. 6, n. 1 (especial), p. 147-159, abr./2017. Disponível em: <<http://ojs.unesp.br/index.php/rlaborativa>>. Acesso em: 11 nov. 2018.

MACAIA, A.A. S & FISCHER, F. M. *Retorno ao trabalho de professores após afastamentos por transtornos mentais*. Saúde Soc. São Paulo, v.24, n.3, p.841-852, 2015

MAENO, M.; WÜNSCH FILHO, V. *Reinserção no mercado de trabalho de ex-trabalhadores com LER/DORT de uma empresa eletrônica na região metropolitana de São Paulo*. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v. 35, n. 121, p. 53-63, jan./jun. 2010.

MANSANO, S. R. V. *Sujeito, subjetividade e modos de subjetivação na contemporaneidade*. Revista de Psicologia da UNESP, 8(2). 2009.

MARTINS, M.I.C. et al, *A política de atenção à saúde do servidor público federal no Brasil: atores, trajetórias e desafios*. Ciência & Saúde Coletiva, 22(5):1429-1440, 2017.

(MARTINS, P. F. et al, 2009, p.177) *Afastamento por doença entre trabalhadores de saúde em um hospital público do estado da Bahia*. Rev. Bras. Saúde Ocup., São Paulo, 34 (120): 172-178, 2009.

MENDES, Jussara et al. *A Política de saúde do trabalhador e as transformações no mundo do trabalho*. II Jornada Internacional de Políticas Públicas, São Luís – MA, 2005.

MENDES, Jussara M. R; WÜNSCH, D. S. *Serviço Social e a saúde do trabalhador: uma dispersa demanda*. IN: Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 107, p. 461-481, jul./set. 2011a.

MERLO, A. R. C.; VAZ, M. A.; SPODE, C. B.; ELBERN, J. L. G.; KARKOW, A. R. M.; VIEIRA, P. R. B. *O trabalho entre prazer, sofrimento e adoecimento: a realidade dos portadores de lesões por esforços repetitivos*. Psicologia & Sociedade, v. 15, n. 1, p. 117-136, 2003.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13. ed., São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO M. C. de S. & GUERRIERO, I. C. Z. *Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa*. *Ciência e Saúde Coletiva*. 19(4):1103-1112, 2014.

MINAYO-GOMEZ C. & Thedim-Costa, S. M. F. A construção da saúde do trabalhador: percursos e dilemas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 1997,13(Supl. 2): 21-32.

MINAYO-GOMEZ C. *et al. Saúde do trabalhador na sociedade Brasileira contemporânea*. Editora FIOCRUZ, 2011, 540p, ISBN: 9788575412046.

MENDES, R.. & DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, 1991, 25(5): 341349.

NARDI, H. C.& RAMMINGER, T. *Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental em tempos de reforma psiquiátrica*. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(2): 265-287, 2007.

NAZÁRIO, L. G. *Acidente do trabalho por concausa: responsabilidade concorrente entre empregador e empregado*. Monografia da UNESC, 2010

NEVES, R. F. et al. *As interações entre os atores no retorno ao trabalho após afastamento por transtorno mental: uma metaetnografia*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 31(11):2275-2290, nov, 2015

NUNES, A. V. de L. & BEZERRA, S. L. *Servidores Públicos Federais: uma análise do prazer e sofrimento no trabalho*. rPOT volume 9, número 1, janeiro-junho 2009 p. 51-67

PESSOA, F. C. DA C. & JOUBERT, P. de C. *A prática discursiva no contexto empresarial: a produção de um informativo organizacional*. *Revista do Programa de Pós-Graduação em Letras da Universidade de Passo Fundo - v. 8 - n. 1 - p. 170-192 - jan./jun.2012*,

POERSCH, A. L., MERLO, A. R. C. *Reabilitação profissional e retorno ao trabalho: uma aposta de intervenção*. *Psicologia & Sociedade*, 29: e149496

RAMMINGER, T., NARDI, H. C. *Saúde do trabalhador: um (não) olhar sobre o servidor público*. *Revista do Serviço Público Brasília* 58 (2): 213-226 Abr/Jun 2007

RAMOS, S. *Envelhecimento, Trabalho e Cognição. Do laboratório para o terreno na construção de uma alternativa metodológica*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian – Fundação para a Ciência e Tecnologia, 2010.

ROCHA, M. ,AGUIAR, K. F. (2003). *Pesquisa-Intervenção e a Produção de Novas Análises*. *Psicologia Ciência e profissão*, 23 (4), 64-73.

SALDANHA, J. H. S. et al. Facilitadores e barreiras de retorno ao trabalho de trabalhadores acometidos por LER/DORT *Rev. bras. Saúde ocup.*, São Paulo, 38 (127): 122-138, 2013.

SCHWARTZ, Y. Trabalho e ergologia. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Orgs.). *Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Coord. da tradução e revisão técnica: Jussara Brito e Milton Athayde. 2. ed. Niterói: EdUFF, 2010a. p. 25-46.

_____. *Conceituando trabalho, o visível e o invisível*. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, v. 9, supl. 1, p. 19-45, 2011b.

SILVA, M. P., BERNARDO, M. H., SOUZA, H. A. *Relação entre saúde mental e trabalho: a concepção de sindicalistas e possíveis formas de enfrentamento*. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional ISSN: 2317-6369 (online). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369000003416>>. Acesso em: 11 nov. 2018.

SILVA, A. H. e FOSSÁ, M. I. T. *Análise de Conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos*. Qualit@s Revista Eletrônica ISSN 1677 4280 Vol.17. No 1 (2015)

SILVA, A. O papel da prova pericial na investigação donexo causal em ações de indenização por doenças ocupacionais. In: MACÊDO, K. B. et (orgs) *Organização do trabalho e adoecimento: uma visão interdisciplinar*. Goiânia: Ed. Da PUC Goiás, 2016. 332 p.

SENNETT, R. *A corrosão do caráter: consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo*/ Trad. Marcos Santarrita. 15 ed. Rio de Janeiro: Record, 2010.

SOUZA, M. J., & BAPTISTA, S. C. *Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios segundo Bolonha*. Lisboa: Pactor, 2011.

SULLIVAN, M. J. L. et al. Secondary prevention of work disability: community-based psychosocial intervention for musculoskeletal disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, v. 15, n. 3, p. 377-392, set. 2005.

TAKAHASHI, M. A. B. C.; IGUTI A. M. As mudanças nas práticas de reabilitação profissional da Previdência Social no Brasil: modernização ou enfraquecimento da proteção social? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2661-2670, nov. 2008.

TEIXEIRA, D. V. e BARROS, M. E. B de. *Clínica da atividade e cartografia: construindo metodologias de análise do trabalho*. Psicologia & Sociedade; 21 (1): 81-90, 2009

TITTONI, J., and NARDI, H. C. Saúde mental e trabalho: reflexões a partir de estudos com trabalhadores afastados do trabalho por adoecimento profissional. In: JACQUES, MGC., et al. (org.) *Relações sociais e Ética* [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008. p. 70-80. ISBN: 978-85-99662-89-2. Disponível em: <<http://books.scielo.org>> Acesso em: 11 nov. 2018.

TITTONI, J. SPILKI, A. *O modo-indivíduo no serviço público: descartando ou descartável?* Psicologia & Sociedade, 17 (3), 67-73; set/dez: 2005.

TOLDRÁ, R. et al. *Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – SP, Brasil*. Rev. Bras. Saúde Ocup., São Paulo, 35 (121): 10-22, 2010

VASCONCELOS, L. C. F. et al. *Entre o definido e o por fazer na Vigilância em Saúde do Trabalhador*. Ciência & Saúde Coletiva, 2014.

VILLERMÉ, L. (1840). *Estado físico e moral dos operários*. Porto: Textos Exemplares, 1976.

VIZZACCARO-AMARAL, A. L., MOTA, D. P. e ALVES, G. (orgs) *Trabalho e saúde: a precarização do trabalho e a saúde do trabalhador no Século XXI* — São Paulo : LTr, 2011.

VILELA et al. *Da vigilância para prevenção de acidentes de trabalho: contribuição da ergonomia da atividade*. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2012, vol.17, n.10, pp.2817-2830. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001000029>>. Acesso em: 11 nov. 2018.

World Health Organization, (WHO) *Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global*. ISBN 978 92 4 156368 0 (classificação NLM: WM 140), 2009.

ANEXOS

ANEXO A

Ciência e Autorização aos dados de pesquisa Brasil



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS-PROGEPE
COORDENAÇÃO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL AO SERVIDOR-CAISS
SUBSISTEMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO SERVIDOR-SIASS



Curitiba, 13 de maio de 2014.

Ao Pró Reitor de Gestão de Pessoas

Sr. Adriano do Rosário Ribeiro

e *Ciência da CAIS*- Coordenadora de Atenção Integral à Saúde do Servidor

Sra. Lúcia Helena Ribeiro

Assunto: **Ciência e Autorização aos dados do SAPS, URF e SESAO**

Em 2014 iniciei o curso de pós-graduação *stricto sensu* Doutorado no PPGPSI na UFRGS , relativo a linha de pesquisa *Políticas Públicas, Trabalho, Saúde e produção de Subjetividade*, em que tenho o interesse de condução de pesquisa nesta temática.

Para esse fim, venho solicitar sua ciência e devida autorização para acesso, manuseio e análise dos dados existentes em prontuários médicos, relatórios, planilhas e documentos do SAPS- Serviço de Avaliação e Perícia de Saúde, URF-Unidade de Reabilitação Funcional e do SESAO- Serviço de Segurança e Saúde Ocupacional. Esta demanda visa embasar o estudo e pesquisa relativo a *Saúde Mental e Trabalho* sob minha responsabilidade, em que os participantes da pesquisa passaram pelo processo de Perícia Médica e ACL- Avaliação de Capacidade Laborativa no serviço público federal.

Importante afirmar o compromisso de manutenção da confidencialidade dos dados coletados nos arquivos existentes na universidade, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Res. 196/96 do Ministério da Saúde.

Desde já agradeço a atenção e no aguardo do atendimento à autorização.

Att,

Maria Angélica de Moura Bueno
Psicóloga - Matrícula 141208 – UFPR



ANEXO B

Cadastro e registro preliminar pesquisa



SAPS- CAISS/SIASS-UFPR

CADASTRO E REGISTRO PRELIMINAR

Este é um Cadastro de **servidores interessados** em ser contatados para realização da pesquisa *(abaixo mencionada) **APÓS A ALTA** de Licença para tratamento de saúde (LTS).

(Altas relativo a **acima de 120 dias**) emitida pelo SAPS.

Mês: Maio de 2016

Instituição: _____

Data da Alta: _____

Nome do servidor: (preservada Identidade na pesquisa)

Data de atendimento: _____

email do servidor: _____

telefone: _____

*Título da Pesquisa: Saúde mental do servidor público federal *pós* licença para tratamento de saúde(LTS)

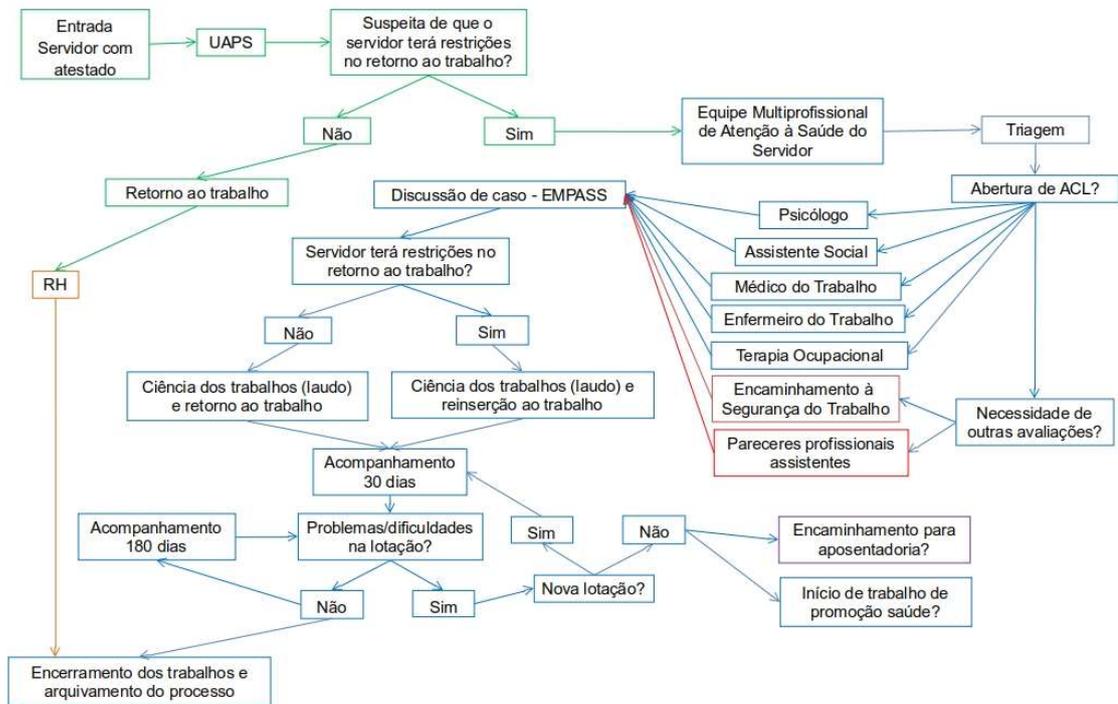
Pesquisador responsável: *Maria Angélica de Moura Bueno*

** **obrigatoriedade** de preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

ANEXO C

Fluxograma de atendimento EMASS-SIASS-UFPR *

Fluxograma do SIASS-UFPR



* PÓLLI, 2014,p.122

ANEXO D

Indicação de roteiro prévio inicial de Entrevista semiaberta de pesquisa - Brasil

* Qto ao retorno:

1. Como é para você, esta *experiência* de retorno ao trabalho?
2. Como é sua vida *fora* do contexto do trabalho?
3. Como ao seu redor, pares e chefias o *receberam*?

* Qto ao seu trabalho:

4. O que você *faz* no seu dia a dia?
5. Quais situações você *enfrenta* que considera como desconforto/dificuldade e como reage à elas?

A realização da Entrevista Narrativa obedece a explicação da pesquisa em si e solicitação de colaboração espontânea para realização *no próprio local de atividade laboral do servidor*, em sala reservada especialmente para este fim conforme contato antecipado da pesquisadora com o setor, como forma de inserir a observação participante no contexto. Igualmente, a Entrevista pode ser realizada na *residência do servidor*, se este assim preferir.

*pg 53 do projeto de pesquisa da autora

ANEXO E

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - CEP/UFPR - Brasil

Título da Pesquisa: Saúde mental do servidor público federal *pós* licença para tratamento de saúde (LTS)
Pesquisador responsável: Maria Angélica de Moura Bueno
Orientador: Prof.^a Dr^a Jussara Maria Rosa Mendes.

Prezado (a),

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “**Saúde mental do servidor público federal *pós* licença para tratamento de saúde (LTS)**” que estou desenvolvendo como tese de Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Trata-se de um estudo que visa compreender como é seu *cotidiano neste retorno* ao trabalho *após ter se afastado por condições de saúde*. Sua participação nesta pesquisa é inteiramente *voluntária*, podendo você recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa.

A sua participação é muito importante ao permitir uma *conversa informal* com você no seu local de trabalho, complementada por uma *autofotografia*, em uma sala individual, sem qualquer possibilidade destas informações serem conhecidas por seus colegas ou chefias. Se você preferir, poderá ser realizada em outro local, como a sua residência. Estas informações também serão feitas por meio de *observações, visitas espontâneas* em seu trabalho, em, por período de 1 hora no máximo. Será gravada em áudio digital e depois feita anotações da forma como você se expressou, tomando-se o máximo cuidado na preservação do seu anonimato. Tão logo transcrita ou “passada no papel” esta entrevista, é encerrada a pesquisa e o conteúdo será desgravado ou destruído.

Informamos que o presente trabalho foi cuidadosamente planejado, mas se ocorrer algum tipo de constrangimento e/ou desconforto físico ou psíquico durante a entrevista, esta poderá ser interrompida, sendo remarcada em outro momento; além de contar com *Encaminhamento* às Casas ambulatoriais desta instituição ou à Clínica de Psicologia da UFPR.

Entre os *benefícios* esperados com a presente pesquisa podemos incluir uma melhor compreensão dos limites e potencialidades do servidor público federal no seu processo de trabalho, o que pode contribuir para a humanização da gestão institucional em políticas públicas participativas e includentes. A participação na pesquisa contribuirá para a produção de conhecimentos quanto à organização do trabalho e suas implicações sobre o sofrimento humano e aprimoramento de intervenção com servidores públicos federais afastados por motivo de saúde.

Este termo será preenchido *em duas vias* de igual teor, sendo uma delas entregue a você, devidamente preenchida e assinada.

Além da assinatura nos campos específicos pelo pesquisador e por você, solicitamos que sejam rubricadas todas as folhas deste documento. Isto deve ser feito por ambos (pesquisador e por você) de tal forma a garantir o acesso ao documento completo.

Eu, _____ (nome por extenso do sujeito da pesquisa) declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar voluntariamente da pesquisa coordenada pela prof.^a Dr^a Jussara Maria Rosa Mendes.

_____ Data ____/____/_____
Assinatura do Participante

Eu, *Maria Angélica de Moura Bueno*, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supranominado.

_____ Data ____/____/_____
Assinatura do Pesquisador
Maria Angélica de Moura Bueno

Qualquer dúvida, o sujeito pode entrar em contato com o pesquisador responsável :
Maria Angélica de Moura Bueno - email: angel@ufpr.br / telefone (41) 9153 2488 ou:

-Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS
Rua Ramiro Barcelos, 2600 – Porto Alegre/RS – Telefone: 51-3308-5698.

-Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da UFPR
Rua Padre Camargo, 285- Alto da Glória- Curitiba/PR- Telefone: 41-3360-7259email: cep@ufpr.br

ANEXO F

Aprovação do Comitê de Ética em pesquisa da UFRGS- Brasil



INSTITUTO DE PSICOLOGIA-UFRGS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Título da Pesquisa: SAÚDE MENTAL DO SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL PÓS LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE (LTS)

Pesquisador: JUSSARA MARIA ROSA MENDES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 51892715.9.0000.5334

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia – UFRGS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.386.763

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa apresenta fundamentação teórica e metodológica condizente com seu objetivo de pesquisa, demonstrando ainda preocupação com a proteção e bem estar dos participantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE tem redação clara e apresenta todas as informações recomendadas pela CONEP.

As pesquisadoras apresentam ainda termo de concordância institucional, já assinado pelos representantes da UFPR.

Recomendações: Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: O projeto encontra-se aprovado por este CEP.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 11 de Janeiro de 2016

Assinado por:

Clarissa Marcell Trentini
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600

Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-003

Telefone: (51)3308-5698

UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE

E-mail: cep-psico@ufrgs.br

ANEXO G

Aprovação do Comitê de Ética em pesquisa da UFPR (instituição Coparticipante) -Brasil



HOSPITAL DE CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - HCUFPR

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Pesquisador: JUSSARA MARIA ROSA MENDES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 51892715.9.3001.0096

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.474.554

Considerações Finais a critério do CEP: Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional N° 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto conforme proposto para início da Pesquisa. Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

Manter os documentos da pesquisa arquivado.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 01 de Abril de 2016

Assinado por:
Renato Tambara Filho
(Coordenador)

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-900 **UF:** PR **Município:** CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041 **E-mail:** cep@hc.ufpr.br

ANEXO H

Autorização pesquisa pela CAISS/PROGEPE/UFPR- (instituição Coparticipante) -Brasil



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ-UFPR
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS-PROGEPE
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO INTEGRAL AO SERVIDOR-CAISS
SUBSISTEMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO SERVIDOR-SIASS



Curitiba, 03 de dezembro de 2015.

Ao Pró-Reitor de Gestão de Pessoas
Sr^a Laryssa Martins Born
e Ciência da CAISS- Coordenadora de Atenção Integral à Saúde do Servidor
Sr^a Sílvia Rocio Silva

Assunto: **Ciência e Autorização de realização de pesquisa**

Como servidora pública federal nesta universidade em Licença total conforme a Portaria nº12394/PROGEPE, venho por meio desta solicitar a ciência e autorização para realização de projeto de pesquisa de pós-graduação *stricto sensu* Doutorado intitulada "Saúde mental do servidor público federal pós licença para tratamento de saúde (LTS)" nas dependências da UFPR. É necessário que esta instituição, UFPR, forneça dados quanto a: *quantitativo de LTS* concedidos de julho/2012 a julho/2016 e relacionados às *Altas de LTS* durante o período de janeiro a julho de 2016.

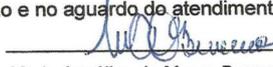
Neste estudo e pesquisa relativo à *Saúde Mental e Trabalho*, os participantes serão contatados no processo de *retorno ao trabalho* de acordo com a indicação de tratamento de saúde para realização de Entrevistas, de aproximadamente 60 minutos, mediante o *aceite voluntário* de participação.

Este projeto é desenvolvido como tese de Doutorado sob orientação da prof^a Dr^a Jussara Maria Rosa Mendes no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) enquanto instituição proponente e tendo a UFPR como instituição coparticipante.

A condição de aceite integral está sujeita à aprovação do CEP pela instituição proponente UFRGS e aprovação do CEP da instituição coparticipante, UFPR, cuja realização de pesquisa vigora no período de 2016 e 2017.

Importante afirmar o compromisso de manutenção da confidencialidade dos dados coletados na universidade, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Resolução 466/2012 do CNS e complementares.

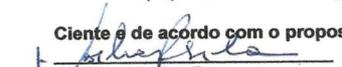
Desde já agradeço a atenção e no aguardo de atendimento à autorização.

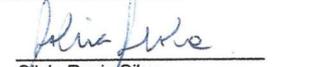

Maria Angélica de Moura Bueno

Psicóloga do Trabalho- SIASS-URF-PROGEPE/UFPR
CRP 08/00401

Doutoranda na UFRGS- PPGPSI- PPósGrad Psic Soc Instit
(41) 9153 2488 email: angel@ufpr.br / angeldemourabueno@gmail.com

Ciente e de acordo com o proposto:


Laryssa Martins Born
Pro-Reitora de Gestão de Pessoas
-UFPR -


Sílvia Rocio Silva
Coordenadora CAISS-SIASS-UFPR
COREN/PR 74250




Coordenadoria de Atenção Integral
à Saúde do Servidor

ANEXO I

Ciência Autorização pesquisa pelo CEP-HC/UFPR- (instituição Coparticipante) -Brasil



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS-PROGEPE
COORDENAÇÃO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL AO SERVIDOR-CAIS
SUBSISTEMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO SERVIDOR-SIASS



Curitiba, 26 de fevereiro de 2016.

Ao Pró-Reitor de Gestão de Pessoas
Srª Laryssa Martins Born
e Ciência da CAISS- Coordenadora de Atenção Integral à Saúde do Servidor
Srª Sílvia Rocio silva

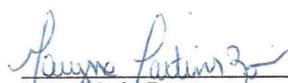
Assunto: Ciência e Autorização de aprovação da pesquisa pelo CEP, Comitê de Ética e Pesquisa, pela instituição coparticipante HC-UFPR.

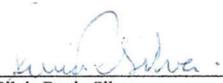
O processo administrativo nº 23075.107215/2015-77 obteve a Ciência e Autorização de realização de pesquisa pela PROGEPE.

Após a **aprovação do CEP da instituição UFRGS**, seguiu trâmite pelo CONEP, Comitê Nacional de Pesquisa, para o CEP da UFPR e, igualmente, CEP do HC-UFPR.

No entendimento do CONEP que um CEP perfaz os requisitos necessários de avaliação de pesquisa, esta documentação faz um adendum ao processo administrativo anterior, com o objetivo de **ratificar o Aceite de avaliação pelo CEP da instituição coparticipante HC-UFPR.**

Ciente e de acordo com o proposto:


Laryssa Martins Born
Pró-Reitora de Gestão de Pessoas
-UFPR-


Sílvia Rocio Silva
Coordenadora CAISS-SIASS-UFPR
COREN/PR 74250

ANEXO J

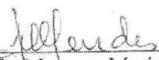
Ata de Aprovação Banca de Qualificação instituição UFRGS- Brasil

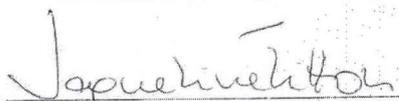
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL

ATA

ATA DE SESSÃO DE DEFESA DE QUALIFICAÇÃO DE DOUTORADO

Às 14h30 do dia 06/10/2015, na sala 304 do Anexo I Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, realizou-se a defesa de qualificação de Doutorado intitulado "Saúde Mental do Servidor Público Federal pós Licença para Tratamento de Saúde (LTS)", de autoria da doutoranda Maria Angélica de Moura Bueno, orientada pela Prof.^a Dr.^a Jussara Maria Rosa Mendes. A orientadora apresentou aos presentes os demais membros da Banca, Prof.^a Dr.^a Andréia Mendes dos Santos (PUCRS), Prof.^a Dr.^a Jaqueline Tittoni e a Prof.^a Dr.^a Leny Sato (USP), que participou por videoconferência. Após a apresentação da doutoranda, a banca procedeu à arguição da candidata. O projeto de tese foi APROVADA pela Banca Examinadora. O parecer final foi lido pela Orientadora. Nada mais havendo a tratar, a sessão foi encerrada às 18:00h, sendo a presente ATA lavrada e assinada pela orientadora e pelos membros da banca examinadora.


Prof.^a Dr.^a Jussara Maria Rosa Mendes
Presidente da Banca (Orientadora)


Prof.^a Dr.^a Jaqueline Tittoni
(PPGPSI – UFRGS)


Prof.^a Dr.^a Andréia Mendes dos Santos
(PUCRS)

ANEXO L

Apresentação 7 Congresso Íbero-Americano em Investigação Qualitativa- Brasil



CIAIQ2018 Submission 396

PROGRAM FOR FRIDAY, JULY 13TH

13:00-15:00 Session 7E: Sistematização de estudos com Abordagens Qualitativas //
Sistematización de estudios con abordaje cualitativo

Comunicações Paralelas 3 // Comunicaciones Paralelas 3 (15m + 5)

CHAIR: [Fabiane Almeida](#)

LOCATION: [Sala 78 - Bloco H](#)

14:40 [Maria Angélica de Moura Bueno, Jussara Maria Rosa Mendes](#) and [Marianne Lacomblez](#)

Experiência do adoecer em afastamentos ao trabalho como narrativa de (des) construção da saúde mental na função pública

SPEAKER: [Maria Angélica de Moura Bueno](#)

ABSTRACT. Este artigo de natureza qualitativa de estudo propõe explorar a manutenção do processo de adoecimento derivadas de Incapacidade Temporária ao Trabalho inscrita em dois momentos de percurso com os participantes trabalhadores em situação de longos períodos de ausência afastamento ao trabalho (>120 dias) no Brasil e em Portugal. A fonte de informação é constituída por 18 participantes na construção do método da entrevista de reconstituição biográfica cujo conteúdo foi submetido a análise temática e recurso à aplicação informática Nvivo11. A precariedade do trabalho, conflito interpessoal, pressões por produtividade levam às questões centrais de investigação quanto ao desenvolvimento de adoecimento antes e após a concessão do afastamento; narrativas da trajetória profissional enquanto processo de envelhecimento no gerenciamento da saúde e indícios de implicação institucional na saúde mental. Concluímos que a incidência de afastamentos oculta incertezas laborais, paradoxo do doente como paciente enrustido em comandos de dificuldades contínuas e renormatizações do esperado.

ANEXO M

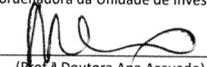
Aprovação Comissão de Ética para Saúde do Centro Hospitalar de São João (CHSJ) -PT

Unidade de Investigação

Tomei conhecimento. Nada a opor.

02 de Janeiro de 2017

A Coordenadora da Unidade de Investigação

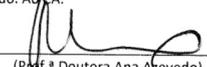


(Prof.ª Doutora Ana Azevedo)

DIRECÇÃO CLÍNICA

10 JAN 2017

Aprovado. Ao CA.



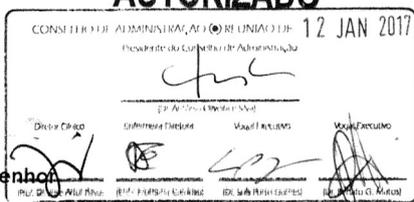
(Prof.ª Doutora Ana Azevedo)

363-16

AUTORIZADO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO - EPE
Presidente do Conselho de Administração

12 JAN 2017



Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar de S. João - EPE

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo/projecto de investigação

Nome do Investigador Principal: Doutoranda: Maria Angélica de Moura Bueno
Profª Orientadora: Profª Drª Marianne Lacomblez +

Título do projecto de investigação: Atividade de retorno ao trabalho e experiência do adoecer: contribuição da Ergologia à Saúde do trabalhador +

Pretendendo realizar no(s) Serviço(s) de Serviço de Saúde Ocupacional (SSO) +
do Centro Hospitalar de S. João - EPE o estudo/projecto de investigação em epígrafe,
solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua
efectivação.

Para o efeito, anexa toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do
Centro Hospitalar de S. João respeitante a estudos/projectos de investigação, à qual
endereçou pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 5 / dezembro / 20 16

O INVESTIGADOR/PROMOTOR



ANEXO N

Sistema completo de Categorias pela Análise Temática - Nvivo11

Name	Sources	References
1. Administração	27	704
1.1. Gestão do trabalho	26	300
1.1.1. Horário	17	54
1.1.2. Assédio Moral	8	25
1.1.3. quase fui Aposentado	4	11
1.2. Colegas de trabalho	21	85
1.3. Movimentação	17	73
1.4. saúde grave associado ao trabalho	13	39
1.5. Fluxo	15	39
1.6. abandonado	11	36
1.7. ajudar	8	33
1.8. Sindicato	11	31
2. Apto	26	266
2.1. Competência	17	73
2.2. Incapacidade derivada	11	64
2.3. Afastamento	16	40
2.4. Retorno	12	38
2.5. Restrições	9	23
2.7. APÓS Alta	4	13
2.6. EM LTS-ANTES da Alta /EM BAIXA	4	8 *inversão devido maioria apontamentos
3. Paciente	26	455
3.1. sofreu muito	19	109
3.2. tratar	20	100
3.3. saúde mental	18	84
3.4. dor	16	56
3.5. remédios	14	32
3.6. sono	8	13
4. Função	25	255
4.1. aprendizagem	13	86
4.2. responsabilidade	12	48
4.3. valorizado	17	46
4.4. pelo doente	11	32
4.5. como uma arte	2	13
5. Enfrentamento	26	338
5.1. seguir as restrições	16	104
5.2. gerir conflitos	14	66
5.3. direito de escolher	18	60
5.4. experiências	19	57

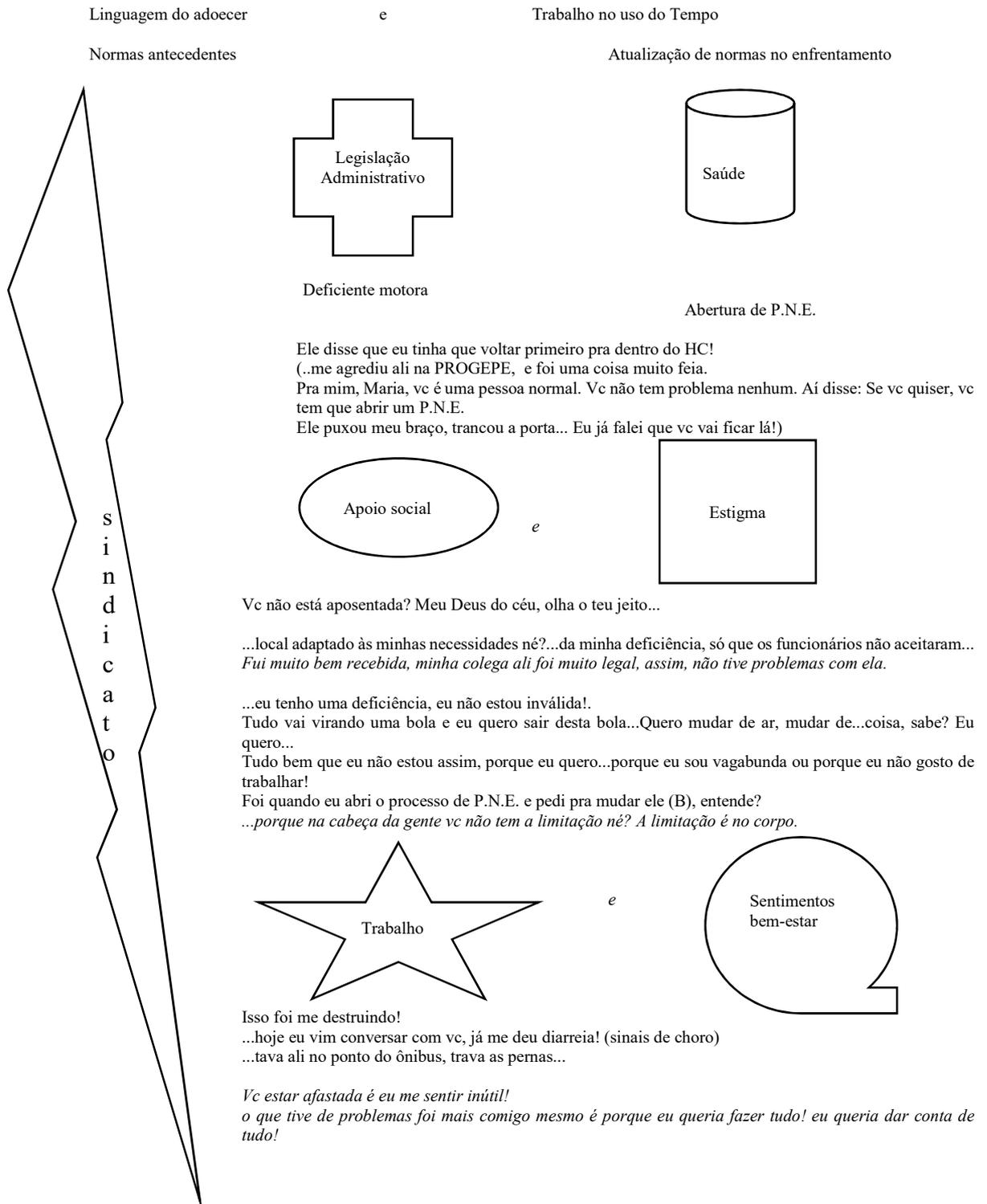
5.5. apoio	9	46
6. Dificuldade	22	143
6.1. cuidado com familiar	12	54
6.2. medo	7	39
6.3. complicado	9	39
7. Entrevista	24	120
7.1. difícil	13	57
7.2. interrupção	14	37
7.3. disponível	11	17
Participantes	06	
Marcos	1	168
Maria	2	150
I	1	79
II	1	71
Alice	1	75
Cesar	1	69
Antonio	1	2
Vera	1	1

ANEXO O

Fragmentos das Entrevistas na Análise Temática (participantes Brasil)

*participante Maria I e II

— entrev I
 — entrev II



ANEXO P

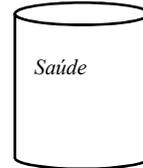
Fragmentos das Entrevistas na Análise Temática (participantes Brasil)

* participante Marcos

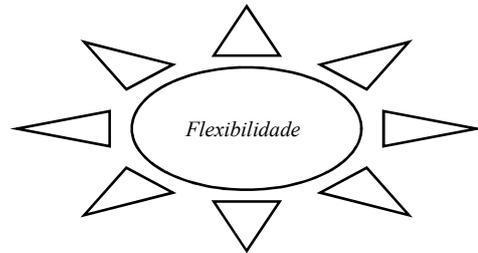
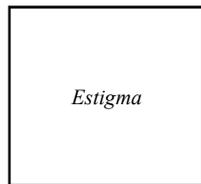
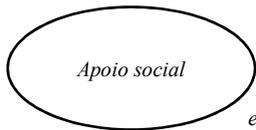
Normas antecedentes

Como se renormaliza sem julgamento moral, o como se pode, pra se apropriar. E quando não se tem normas, também adocece. (Enfrentamento)

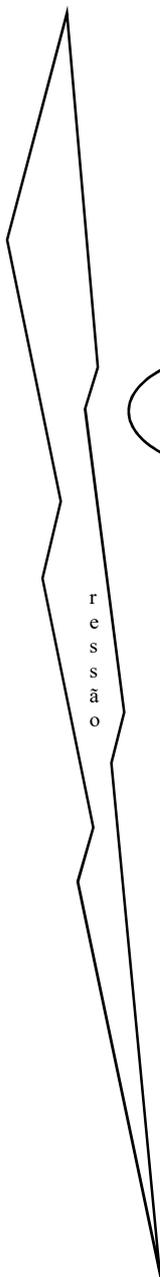
Atualização de normas no enfrentamento



a questão dos 2 anos mesmo, a questão de não poder...lidar com isso
O Marcos está afastado há 2 anos..
ou vc reabilita... ou vc se aposenta!!!

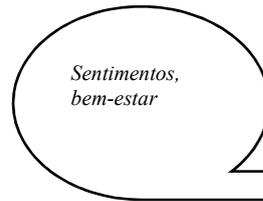


E isso, até eles colocaram na ata deles...que eles pediram mais tempo pra reabilitação



a questão é o *Sol!*.. a mobilidade...

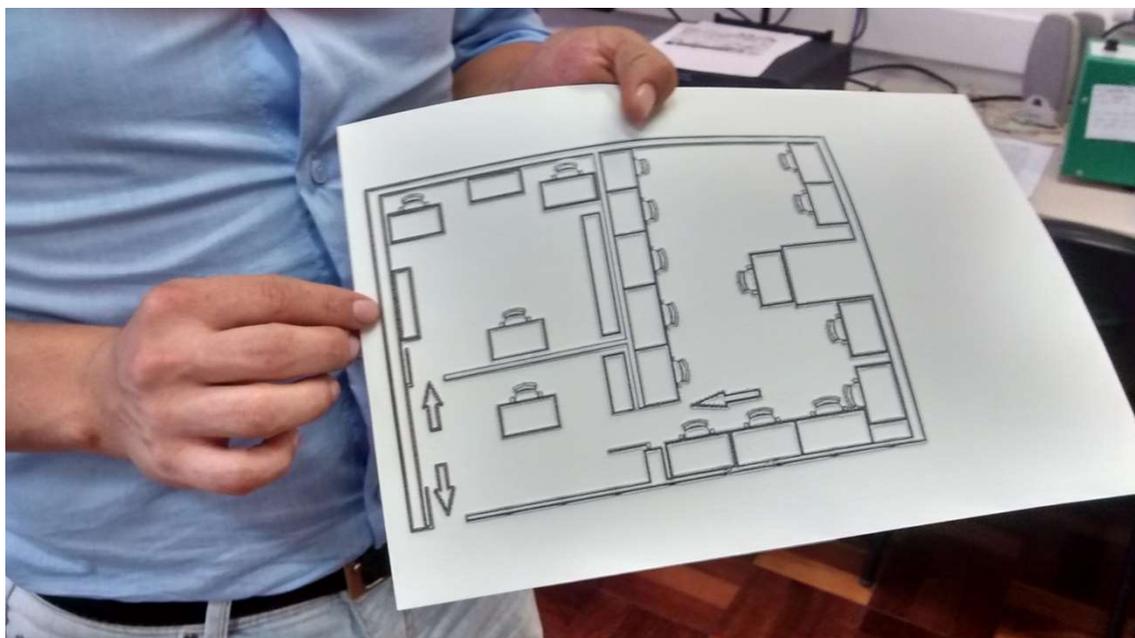
fazer os cursos



Eu senti um abandono!!!

ANEXO Q

Fotografia durante realização da Entrevista com participante da pesquisa no local de trabalho na Universidade brasileira



Fotografia 1: participante da pesquisa com demonstração do local de trabalho na Universidade com disposição dos materiais e da permanência dos colegas benéfico às suas necessidades especiais

ANEXO R

Análise Temática do participante Marcos- Brasil

GERIR O TRABALHO COM A VIDA- SER PACIENTE:

**Dor
saúde mental
tratar**

REF NO	COVERAGE	CONTENT Dor
1	0,10%	foi uma... debilidade, totalmente debilitado fisicamente...
2	0,69%	Nossa, eu... O peso é normal... <i>(riso)</i> Mesmo ainda mal, eu pratico atividade física . Mas após a minha cirurgia do estômago eu fiz 7 procedimentos pra expansão do canal do esôfago porque eu fiquei muito tempo sem fazer alimentação oral sólida aí ele acabou fechando, aí eu tive que botar aqueles balões infláveis pra abrir o canal da garganta, então tipo, fiquei muito tempo mesmo sem fazer alimentação, só por soro, debilitando...
3	0,15%	= Na verdade, é que eu caí e eu fiquei na rua!... O pessoal passava assim e nem...ligava...
4	0,46%	Bom...quando eu procurei o tratamento psiquiátrico, foi tanto quanto relativo à esta questão da úlcera né? Eu estava sofrendo muito , como a gente falou...e na época, minha esposa perdeu o bebê também né? Foi juntando as coisas , depois ela perdeu mais um...e agora ela tá grávida de novo!

REF NO	COVERAGE	CONTENT saúde mental
1	0,10%	Ela foi rápida, pela minha predisposição pra querer fazer.
2	0,60%	Ah, a minha grande dificuldade é locomoção , né? Locomoção mesmo, mas é...me viro, tipo, não tenho medo assim. Logo que eu machuquei meu joelho, é...eu fazia fisioterapia e tudo...e mesmo depois das fisioterapias...eu continuava com medo, sabe? Porque a perna, ela teve muita perda de massa muscular sabe? Ela ficou bem mais fina do que a outra...então eu tinha insegurança.
3	0,41%	Uma coisa que eu posso tirar e mandar pra vc? Eu no trabalho normal...e eu em dia de Sol... porque meus amigos me falam: Nossa, cara, vc é uma pessoa quando vc está dentro...num ambiente. E quando fora de um ambiente fechado, eu não consigo abrir o olho.

REF NO	COVERAGE	CONTENT tratar
1	0,84%	Eu sempre fui uma pessoa que até então apesar da deficiência visual, sempre fui uma pessoa que eu me batia, mas eu sempre fiz as coisas, foi só neste momento que eu percebi mesmo que eu necessitava fazer alguma coisa relativamente a visão sabe? Fazer uma reabilitação ou uma mobilidade pra poder me ajudar, né, tipo... não dá pra ficar caindo toda hora. Eu conversei com os médicos e os médicos acharam interessante, como já estava com a visão... já tinha tido já uma grande perda... visual, que eu realizasse a reabilitação .
2	0,59%	Sim, nossa, foi muito bom, tanto que eu participei de grupos de apoio ... nossa, sim. Eu me sinto super bem, sabe? Assim, relativo a isso. Eu tenho... sabe, eu não sabia... eu tenho síndrome do intestino irritável, é um problema que me acompanha desde criança, e é... até então eu não sabia. Depois que eu tive essas complicações, fui realizar exames e foi descoberto.
3	0,19%	Durante o período que eu fiz a cirurgia do joelho,né, eu fiquei em casa para recuperação e fazendo a fisioterapia...
4	0,72%	É, eles... é... uma questão de... tipo... ah, toda a reabilitação minha, fui eu que busquei , fui eu que corri atrás, fui eu que me matriculei... não fiquei esperando a universidade me ligar e dizer Olha, Marcos vc está afastado, a gente quer que vc faça um curso de reabilitação, o teu problema tem isso e isso disponível. Não, eu fui até no instituto dos cegos... eu por meus meios, eu corri atrás, sim... sabe... nunca tive nenhuma indicação...
5	0,81%	Te destrói até... igual eu falei... eu cheguei a pesar exatamente 48 kilos,... uma pessoa que tinha 92 kilos, perder mais de 30 kilos... se ela não estiver preparada pras coisas... mentalmente preparada pras coisas... tanto que procurei né.. procurei atendimento psiquiátrico, psicológico, tudo ...pra me ajudar naquele momento, acredito que se hoje sou a pessoa que sou, extremamente forte neste sentido é porque... tipo, mesmo com as dificuldades que eu tive, levo a vida de boa, corro atrás, faço tudo...
6	0,18%	Não, psiquiátrico não. Eu parei em... logo que eu sofri a queda né. E daí eu não tinha como me locomover...

APTO:

Competência
Incapacidade derivada
Restrições
Retorno

REF NO	COVERAGE	CONTENT Competência
1	0,30%	= Não é o que a pessoa quer pra vida dela né... a gente quer conquistar as coisas, a gente não quer perder..principalmente a visão, que é uma coisa tão importante, pra gente... pra tudo né
2	0,71%	= Sabendo que não tem a capacidade pra desenvolver alguma coisa, ou mesmo saúde necessária pra desenvolver aquela atividade... acaba sendo prejudicial até pra universidade. Eu assim, tem coisas que eu dentro da minha capacidade eu faço, sem problema nenhum, tanto que eu já entrei em contato com eles, porque né...

		algumas atividades que eles nem tinham colocado pra eu desenvolver, eu já desenvolvo... porque é... eu tenho os meios suficientes.
3	1,16%	Até pela questão... foi o que falei pra eles, não sou eu, cara, que estou me opondo a nada, mas o curso, o pessoal do curso, da escola onde eu faço a reabilitação que é específica pra reabilitação, que pediu mais tempo, e isso até eles colocaram na Ata deles, que eles pediram mais tempo pra reabilitação e que eles achavam, eles achavam que eu... eu até participei da reunião... falei pra eles, isso na PROGEPE, a minha esposa presente, está bem, tá ok... tem algumas coisas que eu desenvolvia na minha atividade que sim! Tenho capacidade de desenvolver, algumas outras... igual falei pra eles... meu grande medo é... relativo ao que me ocorreu, a queda, o transporte público, estas coisas que eu ainda tinha dificuldade..
4	0,68%	Agora eu trabalho diretamente com os alunos, alunos com deficiência né? Respondo pelo Laboratório de Sensibilidade e... fiquei responsável por atender todos os alunos da universidade que tenham algum tipo de deficiência. Participo dos grupos de convivência, tem o NAPI, núcleo de apoio às pessoas com necessidades especiais, fica lá no prédio histórico, no centro... ali junto a faculdade de direito, no prédio histórico.
5	0,28%	Sim, no fundo, tô conseguindo ajudar outras pessoas que também tem dificuldades como eu e tipo... é bacana porque pessoas que eu estou ajudando tem o mesmo objetivo que eu...
6	0,38%	Mas a maioria das vezes eu me locomovo sozinho...e aí eu conto com a ajuda das outras pessoas. Quando tá em dias que eu não consigo mesmo, por exemplo, o sol está muito alto, fico com o olho fechado, eu não consigo nem abrir o olho...

REF NO	COVERAGE	CONTENT Incapacidade derivada
1	0,48%	Eu já tinha a Deficiência visual , sempre tive a deficiência, mas ela não tinha desenvolvido tanto, ficado assim, a perca, como nos últimos 3 a 4 anos, como a idade em que as pessoas , é a idade têm este tipo de doença, ela é intensificada quando as pessoas têm em torno de 30 anos, ela é prejudicial.
2	0,37%	Sim, acredito que sim, ela foi percebida na escola, na escola eu sentava atrás né, comecei a perceber que eu estava precisando, que comecei a fazer tratamento. Eu tinha perdido a visão no olho esquerdo, a visão tinha sido afetada.
3	0,54%	=Quando eu entrei na universidade, vi que a visão já tinha sido afetada, mas a correção podia ser feita com óculos. Quando entrei na universidade já tinha esta deficiência, já não tinha visão no olho esquerdo, ainda usava óculos para o olho direito, ainda podia usar óculos que ajudava o olho direito, o que agora já não adianta mais.
4	0,11%	mas não tem correção... é degenerativo progressivo, não tem cura..
5	0,65%	E quando eu voltei, eu voltei por um período, e acabei sofrendo uma queda no transporte coletivo , eu estava retornando do trabalho e houve o rompimento dos ligamentos do joelho, dos ligamentos posterior do joelho, e eu tive que passar por cirurgia... e aí tive que fazer a... a fisioterapia né, fiquei fazendo um

		período a fisioterapia. E a queda ocorreu devido a minha dificuldade visual de profundidade né.
6	0,01%	
7	0,63%	Aí eu fiz um período de... de... de... de fisioterapia do joelho... e após esse período... eu me afastei por um problema visual mesmo... porque os médicos... meu médico oftalmologista solicitou que eu fizesse a reabilitação visual né..curso de... ele verificou que eu tava cada vez mais com perda, falei pra ele... eu faço exame a cada 6 meses, e cada vez mais ele verificou uma perda...
8	0,85%	Tudo isso hoje já... hoje eu estou à frente do laboratório de sensibilidade que é da instituição, que cuida das pessoas cegas então... estou... e as questões sobre tudo isso aí, tudo isso... pra instituição sei que é ruim a pessoa ficar afastado, todo o pessoal da PROGEPE vê ruim a pessoa que está afastado, mas veja, que nem a diretora estava falando... o ganho que a instituição teve com este conhecimento meu. Eu vim pra instituição, eu retornei pra instituição com um conhecimento que eu não tive né. Hoje eu represento né...
9	0,61%	Ele falou assim, pergunte ao pessoal da Federal, ao pessoal de lá: quantas pessoas deficientes visuais eles fizeram reabilitação? E quantos processos de reabilitação visual eles participaram? Sabe, isso...eles lá na instituição me falaram. Eles ficaram assim...quando eu falei que retornei, eles ficaram indignados! Tipo assim, estão desrespeitando uma condição de pessoa deficiente.

REF NO	COVERAGE	CONTENT Restrições
1	0,13%	solicitou o meu afastamento pra que eu fizesse a minha reabilitação profissional.
2	0,58%	Lá eu faço os cursos com pessoas com deficiências na área visual total... em que eles são referência em educar pessoas com deficiência visual... faço cursos de JAWS, VOX e NPDA..faço curso também com a Prof. ^a Maria* no instituto Herman Gorden, de digitação e de mobilidade... tô começando o curso de mobilidade agora... que é pra usar o transporte público né...
3	0,35%	É, acredito eu, só faltou um pouco de tato...só tato mesmo. Tipo: Ah, Acho que o tempo é o de menos nisso...na reabilitação. Se o intuito é o de ser a pessoa reabilitada. Se a pessoa não quer, também não adianta nada.

REF NO	COVERAGE	CONTENT Retorno
1	0,66%	Daí quando eu tive esta queda que foi no exterior, não foi no local de trabalho, mas foi no retorno do trabalho que eu vi mesmo a necessidade, que a visão estava cada vez menor. Na época também, eu senti... tipo muita dor de cabeça e cefaleia porque forçava muito a visão, o que acabou acarretando o que estava acelerando o processo de morte celular das células do olho o que... isso acarretou que isso foi piorando
2	0,54%	Sim, sim, a intenção da escola era que eu terminasse os cursos antes de retornar ao trabalho , mas... tinha a questão do período de afastamento, que eu tava muito tempo afastado... o pessoal da PROGEPE me chamou pra que eu retornasse né ... eu

		até falei com eles né... eu ainda tinha os cursos, não estou ainda reabilitado completamente.
3	0,12%	Não, meu curso é da na parte da tarde..Eu faço fora do horário de trabalho.
4	1,22%	= Na verdade, eu assim...a intenção...era essa, mas... não sei nem como falar... assim, a questão... pessoal teve o intuito de que eu retornasse né... assim tipo... não sei se era a área adequada... não sei se era a forma adequada como foi...eu tô falando a parte que...me passaram, que era a parte ética e a parte de... (<i>toca o telefone...</i>) Foi trocado as pessoas que faziam o Acompanhamento e... o primeiro contato... as pessoas já vieram com... não foi me perguntado...não foi estudado junto à escola... a escola até me passou que quando eles foram fazer uma visita, eles disseram que era necessário mais um semestre pra que eu concluísse os cursos e tal...mas não houve este aceite por parte deste pessoal que era responsável... pela parte da realização...
5	0,51%	Na verdade isso eu deixei até... claro, eu fiz questão até de deixar... até relatado no Termo que eu assinei para a volta ao trabalho... que eu estava retornando, mas sem ter desenvolvido todas as habilidades necessárias... e sem ter construído né... o que era mais importante pra mim que era...era a reabilitação né.
6	0,60%	Não sei se as pessoas não têm o conhecimento necessário... mas eu também sei que a instituição tem um grande problema quanto a questão do afastamento... mas é... talvez... eu?... no momento eu acreditava... não, não... ó acreditávamos como eram as recomendações que os professores acreditavam...que eu estava fazendo os cursos... fazendo os cursos que não era o momento!...
7	0,42%	E eles (instituto) passaram isso pra mim... eles passaram que eles pediram em reunião com o pessoal da reabilitação, eles pediram mais tempo , eles pediram mais tempo... mas no final de março... eles pediram que eu retornasse a partir de 1, primeiro de julho...
8	0,41%	Realmente o que eu vi foi assim... o intuito deles era mesmo de... Ah, tem um número tal de pessoas afastadas... eu preciso que um número tal de pessoas retorne ao trabalho . Ah, então o Marcos, beleza, tá quase 2 anos, vamos fazer ele voltar... porque...
9	0,62%	Foi que nem falei pra eles... Bicho, não é pessoal... até as coisas que coloquei na folha... quando do meu retorno... eu discuti verbalmente com eles... não é nenhum problema pessoal, eu não tenho problema pessoal com nenhuma pessoa. Eu tenho problemas com relação às atitudes que a pessoa tomou aquela decisão... eu realmente senti que era mais pela questão... tipo, voltou ao trabalho!
10	0,54%	Ah, extremamente bem. Falo de coração, até já gostava dela...uma super chefe antes de eu me afastar, mas também quanto ao retorno... ela me recebeu muito bem, muito atenciosa. Quanto às necessidades, ao meu bem-estar, quanto a eu...a questão de horário, pra eu poder continuar desenvolvendo...coisas que eles não me ofereceram assim...
11	0,74%	Sim, eu passei na Perícia com 3 médicos...pelo papel, que entre aspas “eu assinei”...não, se eu não tivesse terminado o curso, o afastamento passasse do período...eu sou extremamente ético comigo e com relação às outras coisas...então, é...eu teria voltado antes...eu diria: Oh, terminei o curso aqui né? Tá na hora

		de eu retornar, sabe, entendeu? Mas tipo, igual pessoal da escola falou, afastado na questão médica...e eles ainda não tinham zerado pra retorno.
--	--	--

**CORPO À BALA -ADMINISTRAÇÃO: administração:
abandonado
Colegas de trabalho
Fomos proibidas- Gestão do trabalho:
horário
quase fui aposentado**

REF NO	COVERAGE	CONTENT abandonado
1	0,50%	Neste sentido, eu... sinto... senti mesmo abandonado por parte da instituição... porque... eu sempre fui atrás dos cursos e tal... né, claro que acho que... ninguém gostaria de ficar afastado muito por problemas de saúde... (<i>riso nervoso</i>)... até eu mesmo se pudesse... não gostaria de ter o problema visual...
2	0,45%	= Muito menos se uma pessoa... tipo... uma pessoa que nem eu... eu sempre tive mais dificuldade visual... mas não era tão acentuada como é hoje né... foi gradativamente piorando... Assim, relativo aos cursos... eu tenho um bom desenvolvimento, eu sempre fui, eu nunca tive faltas...
3	0,48%	Eu acho assim que... eu senti quando da minha... reunião aqui de retorno , que eles acharam assim... tipo... eu senti isso, que eles acharam tipo... tem muita gente na instituição que não quer trabalhar! E eles me incluíram neste caso... eu senti assim... tanto que eu coloquei lá pra eles...tipo...
4	0,24%	= Essa avaliação mental e superficial deles ficou... ah, o Marcos está afastado há 2 anos... tipo, não quer trabalhar! Isso eu senti viu?... eu senti.
5	0,97%	= Isso que eu tô fazendo agora, tipo...agora eu tô fazendo isso. Só que a questão minha é transporte né, daí eu tenho que depender de outras pessoas pra me disponibilizar , porque se eu for pegar ônibus, estas coisas, é bem complicado, entendeu? Tipo, mais no começo...tem que ter a disponibilidade das pessoas, não só a minha, entendeu? Ah, assim, a minha irmã é enfermeira, ela tá grávida. Ela sai do horário dela de Piraquara, ela trabalha lá, vem aqui, me busca e leva no curso...quando ela não pode vir...ela tá grávida...eu até...vou...mas como disse, tenho medo de cair, de me machucar de novo...
6	0,36%	É... o que eu senti na verdade foi...mas na questão de...acho que...de ser um número! Se tivesse, ah, tipo...entendo que a instituição tem várias pessoas afastadas por N motivos, não sei se deveriam estar ou não afastadas...
7	0,45%	O que eu vejo assim, faltou só esse meio de tempo, esse Acompanhamento, tipo, eu falei até pra minha diretora assim, que eu senti um abandono... essa parte assim, meio que deixaram de lado, a hora que viram que...tava quase 2 anos afastado, aí correram atrás pra que eu retornasse.

REF NO	COVERAGE	CONTENT Colegas de trabalho
1	0,24%	Então né, dentro do setor sempre tive o apoio... Não tive o apoio, eu acho, o apoio das pessoas da assessoria responsável pela área de recrutação...
2	0,20%	Ah, foi excelente. O pessoal aqui, nossa...quanto a trabalho, o pessoal aqui é super 10. Já sabiam da minha condição antes...
3	0,38%	A instituição eu vi colegas que puderam ouvir mesmo as coisas , desta foram...a minha diretora, uma pessoa super aberta, né, que se predispõe a entender as pessoas que eu acho que é...não adianta nada ter a minha fechada pras coisas...
4	0,60%	Sim, que eu entrasse às 13h e saísse às 19h porque...Daí, eu falei: Nossa, eu vou fazer...o bom aqui, o essencial seria o que? Porque eu tenho um amigo aqui que me dá carona até o terminal do Pinheirinho, cedo. Daí, eu entro aqui às 7h, de manhã eu estou aqui, e saio às 13h. E vou pro curso e lá eu saindo por volta das 17h, em torno das 19h, 19he30 eu estou em casa, né?

REF NO	COVERAGE	CONTENT Fomos proibidas- Gestão do trabalho: horário
1	0,68%	Então hoje eu faço num horário fora... extracurricular, extra, fora do horário de trabalho... mas né, não foi me oferecido nenhuma vantagem... algumas coisas eu...gostaria mesmo que tivesse tido um papo maior, tanto na questão de horários, que eu tinha no curso... eu acabei mudando alguns horários pra poder continuar fazendo os cursos... a instituição né... ela não... ela não me proporcionou nada de horário diferenciado .
2	1,95%	= Sim, quando eles, o pessoal da PROGEPE, o pessoal da Reabilitação veio trouxeram um horário...eu falei pra eles assim...olha, eu preciso que seja...que eu trabalhe de manhã e que eu faça o curso à tarde, porque daí os horários seriam compatíveis . Eles, mesmo que eu entre muito cedo aqui, à tarde eu consigo sair, aí também num horário mais cedo. Eles quando vieram, tentaram entrar em contato com o pessoal do curso...como o pessoal do curso não recebeu eles, eles assim tipo..o pessoal...não é que o pessoal não recebeu eles...eles, eles não tiveram a resposta da PROGEPE que eles esperavam ter...aí, num primeiro momento é...até eles...ligarem, olha, a gente precisa que o Cesar volte aqui ao trabalho dia primeiro...tem como ele...ele mudar o horário de curso dele? Sabe, como era uma imposição deles...eles passaram para o pessoal da escola uma imposição ... o pessoal falou: não, não tem a possibilidade de mudar o horário do curso. Isso, que eles fizeram... foram lá, e colocaram isso, ah, beleza, vc vai trabalhar da 13 às 19h , sabe?...Sabe, eu tinha colocado que pra mim, eu queria trabalhar de manhã , sabe? Pra mim era primordial que eu fizesse, eu faria as 6 horas aqui, ia para o curso e conseguiria sair .
3	0,42%	Aqui, eles queriam que eu ficasse no curso, que eu chegasse no curso às 9h da manhã. Aí eu teria aulas das 9h às 12h, entraria aqui às 13h, sairia às 19h e chegaria em casa às 21he30...tipo, ia ficar 16 horas por dia fora de casa , sabe, entendeu? (<i>riso nervoso</i>)

REF NO	COVERAGE	CONTENT Fomos proibidas - Gestão do trabalho: quase fui aposentado
1	0,32%	= É tipo assim, a questão dos 2 anos mesmo, a questão de não poder...lidar com isso! Depois até vi...com o pessoal do sindicato...aí nada a ver né. Eles bateram muito nesta tecla, sabe, vc tem que...
2	0,62%	Sim, é pela condição de vc estar pronto pra voltar. Bateram muito nesta tecla dos 2 anos...ah, faz 2 anos...querendo ou não, qualquer um se sente mal...acho que aqui ninguém em plena sã consciência se desenvolve para o trabalho ou...deixei muito claro estas coisas, ninguém que tenha uma pós-graduação, queira fazer um mestrado, que tá lutando, está correndo atrás das coisas, é...pára.
3	0,79%	Falei pra eles, se eu quisesse parar...até estou com a possibilidade de entrar na justiça, pedir um afastamento judicial...e falar, bom, eu não enxergo...eu hoje estou fazendo uma função diferente da minha, né? Sabe, se eu fosse uma pessoa tipo...uma pessoa que não tivesse uma predisposição pra trabalhar...tinha falado: Bom, me aposenta! Eu não tenho, eu adquiri esta condição após o ingresso no serviço público...sabe, tipo assim, ah, quero ficar encostado, não teria assinado a folha né?
4	0,46%	Sabe, isso...esse tato de...sabe? chega uma pessoa e fala...a Angélica está afastada há 2 anos, qual seria a minha primeira pergunta: O Por que? Né...mas “ela tem que voltar a trabalhar! ” Não é? Entendeu? Neste momento? Afinal, no final destes 2 anos, ela tem condição? Ou não? Sabe?..

SAFA NA VIDA – ENFRENTAMENTO:

Experiências gerir conflitos

REF NO	COVERAGE	CONTENT Experiências
1	0,62%	É, eu gosto muito, eu tô... nunca tive problema nenhum... sempre tive várias afinidades, nunca tive só assim, só trabalho, sempre trabalhei, estudei, fiz outras coisas né, então tipo, sou uma pessoa muito ativa , mas naquele momento,... eu... como? eu me considero até uma pessoa forte mentalmente... porque eu já passei por várias coisas, saúde ali, úlcera... que se vc não se cuidar...
2	0,69%	É o que vc falou, né. O enfrentamento , bem isso sabe? Acredito que é ruim ir pra discussão, bater de frente, mas se não fizesse isso também...vc acaba aceitando todas as coisas! Mas mesmo eu batendo de frente com todas as coisas, bem eu aceitei né? Eu retornei mais de um mês antes do que era previsto pelos médicos, pela Junta médica. A junta médica viu que era pra 03/05 e eu acabei retornando pro primeiro dia útil de abril.

ENTREVISTA:

REF NO	COVERAGE	CONTENT Entrevista
1	0,58%	Em seguida, fui conhecer seu ambiente de trabalho , a sala onde trabalha. Os seus instrumentos de trabalho, o computador com hardware especial pra comando de voz . Inseriu o TCLE nele. Estavam presentes alguns colegas de trabalho e a Diretora da biblioteca que brevemente me cumprimentou e falou que estava bem satisfeita com as atividades desenvolvidas pelo Marcos.

ANEXO S

Entrevista semi-aberta com participante da pesquisa- Brasil *nome fictício Marcos

Dados funcionais

data:15/04/16

tempo:1:34:2

Nascimento: 1985

tempo de casa: 12 anos e 5 meses

Cargo: Auxiliar

LTS: acumulativo =308 dias

Legenda

. pesquisadora

= pessoa entrevistada

Descrição literal, mesmo os erros

Afastamento =LTS

Formulário em uso de suas LTS expedido pela Junta Médica

... pequenas pausas

em negrito= ênfase na fala (grifo meu)

pouca clareza da interpretação = Hosten, Dos Vox, Nvda e Downsen

B=funcionário da URF responsável pelo seu processo de LTS. (juntamente com colega do mesmo setor)

Local da entrevista: setor de lotação. setor administrativo

.Então Marcos, como estávamos iniciando a nossa conversa, vc disse que...pela medicina..

=Disse que o grau de medição pela oftalmologia,visão eu não estaria apto, pela medicina sim...eu estaria oftalmologicamente preparado.. mas pela medicina não..e aí..tipo, **ficou a cargo de eu escolher.. ou reabilitar ou entrar com um processo de aposentadoria.**

.Mas como vc disse, **vc entrou em 2011**, vc já estava assim? Agora vamos conversar sobre isso

=**Eu já tinha a deficiência visual, sempre tive a deficiência**, mas ela não tinha desenvolvido tanto, ficado assim, a perca, como nos últimos 3 a 4 anos, como a idade em que as pessoas , é a idade têm este tipo de doença, ela é intensificada quando as pessoas têm em torno de 30 anos, ela é prejudicial

.Vc nasceu..?

=Sim, acredito que sim, ela foi percebida na escola, na escola eu sentava atrás né, comecei a perceber que eu estava precisando, que comecei a fazer tratamento. Eu tinha perdido a visão no olho esquerdo, a visão tinha sido afetada .Era possível a correção?

=Quando eu entrei na universidade, vi que a visão já tinha sido afetada, mas a correção podia ser feita com óculos. Quando entrei na universidade já tinha esta deficiência, já não tinha visão no olho esquerdo, ainda usava óculos para o olho direito, ainda podia usar óculos que ajudava o olho direito, o que agora já não adianta mais. Hoje o óculos já não alcança mais. Hj uso óculos com a lente escura pra me ajudar, no caso com o sol, a fotofobia.. com a luz vai me ajudar, com a sensibilidade da luz vai me ajudar...mas não tem correção...é degenerativo progressivo, não tem cura..

.E vc usou este óculos um bom tempo?

=Ah sim..durante toda a minha vida escolar, desde os meus 6 anos de idade.

.Pros 2?

=Qdo fui diagnosticado, na época era pros 2 né? Eu me lembro muito.. que tinha um grau muito grande no lado esquerdo.. e o direito ainda era um grau baixo.. o olho esquerdo com perda.. e com o tempo perdi as células do olho direito também...

.Então Marcos, qdo vc entrou na universidade vc já era o teu cargo, auxiliar de biblioteca?

=Sim, sim foi para esta função, foi pra essa função que eu passei no concurso..

.Tá com 30 anos?...riso

=Ah, sim, tô com 30 anos. É o eu primeiro, **aliás eu fiquei um bom tempo afastado em 3 períodos, no primeiro período eu tive uma úlcera né...uma úlcera nervosa eu tive q fazer uma cirurgia e tive umas complicações, eu perdi muito peso**, a motilidade??? não conseguia me alimentar, me alimentava através de sondas e o uso de vitaminas.. qdo eu tomei..acho que fiquei 8 meses afastado... quando eu tive estes problemas de saúde, e aí eu retornei... durante estes momentos em que eu tive a úlcera foi o período que mais se **agravou**

(*aumento de tonalidade da voz, tenso*) o meu problema de visão, a doença nos olhos. **E quando eu voltei, eu voltei por um período, e acabei sofrendo uma queda no transporte coletivo, eu estava retornando do trabalho e houve o rompimento dos ligamentos do joelho, dos ligamentos posterior do joelho, e eu tive que passar por cirurgia...** e aí tive que fazer a... a fisioterapia né, fiquei fazendo um período a fisioterapia. E a queda ocorreu devido a minha dificuldade visual de profundidade né. Eu não vi que a calçada tinha um desnível, eu não estava na mesma altura, eu desci com o pé e quando eu fui por o pé... e era mais baixo, eu acabei escorregando e rompei o meu joelho... na descida... ah, até então... eu sempre fui uma pessoa que até então apesar da deficiência visual, sempre fui uma pessoa que eu me batia, mas eu sempre fiz as coisas, foi só neste momento que eu percebi mesmo que eu necessitava fazer alguma coisa relativamente a visão sabe? Fazer uma reabilitação ou uma mobilidade pra poder me ajudar, né, tipo... não dá pra ficar caindo toda hora. Eu conversei com os médicos e os médicos acharam interessante, como já estava com a visão... já tinha tido já uma grande perda... visual, que eu realizasse a reabilitação .

.Vc não fazia antes isso?

=não, antes disso, mesmo que com dificuldade eu sempre usei o aumento de tela né, do computador, com uma lupa, e com ela eu conseguia resolver todas as minhas atividades relativos ao trabalho. **Daí quando eu tive esta queda que foi no exterior, não foi no local de trabalho, mas foi no retorno do trabalho que eu vi mesmo a necessidade, que a visão estava cada vez menor.** Na época também, eu senti... tipo muita dor de cabeça e cefaleia porque forçava muito a visão, o que acabou acarretando o que estava acelerando o processo de morte celular das células do olho o que... isso acarretou que isso foi piorando a administração... porque eu trabalhava diretamente com os alunos, eu já usava a lupa no tamanho máximo da tela, e mesmo assim eu ainda tinha que forçar né. Eu tive um desvio de coluna devido a ficar torto na frente do computador, ficava forçando, eu trabalhava com a tela a 5 com do rosto...

.Nossa!

=É que prejudicou, é ...prejudicou mais ainda, hã... ah, hoje em dia a gente aprende... hoje em dia estas tecnologias, hoje em dia as telas do computador são em LED, antes..

.Hã...

=Eram em tubo e jogava a luz atrás na tela, era mais prejudicial ainda... tipo, hoje não, hoje a gente já tem LED. Aí eu... fui, tô realizando ainda a reabilitação no Instituto Herman Gordham, isso na parte de digitação, fiz toda aquela parte de software de usar o computador sintetizador de ... Hosten... dupla face, aí tô fazendo o curso de Dos Vox, Nvda e Downsen, são todos os softwares de leitura em tela, que fazem a leitura de toda a tela, e eu uso todos eles no meu trabalho.

.Hã..

=Relativo ao trabalho, é..

.É... Marcos, posso te perguntar uma coisa?

=sim, sim

.Esse atendimento a aluno que você falou?... você disse que entrou em 2011... esse atendimento a alunos, era atividade que você já desenvolvia... essa atividade que você fazia foi aos poucos de uma certo modo, exigindo bastante de você... é... era algo que foi ofertado... ou era a única opção...

=É da função mesmo. Quando eu passei pra auxiliar de biblioteca, era o atendimento aos alunos, o empréstimo e devolução de livros, o controle de entrada e saída.. isso, na verdade.. nem existia muito essas tecnologias assistidas né? Porque estão se desenvolvendo mais agora, mas tipo, nem na época assim, nem eu mesmo assim...nem eu tinha...o conhecimento que tinha mas não sabia que isso se aplicava ao trabalho... ouvia

.Hã

= Ouvia, mas nem era... digamos assim...

.Você não sabia que isso era possível? Aplicável a você?

= em nenhum momento, quando eu entrei...em nenhum momento isso se fazia necessário. Depois que eu entrei é que eu fui perdendo... tipo mais... eu conseguia me virar...

.No começo você estava se dando muito bem?

-É quando entrei, eu estava bem tranquilo, aí... depois que... durante o problema que eu tive...

Hã

=O problema que eu tive a úlcera é que ele acabou sendo... é piorando um pouco mais, a situação da visão, mas é... assim tipo... até a parte de conhecimento mesmo... eu não conhecia muito da doença, hoje em dia existem as pesquisas, tudo..tipo, eu saía no sol e não conseguia enxergar, mas eu não sabia o que era, não tinha um conhecimento específico da doença. A partir do momento que daí... eu não tinha... eu sempre fui usuário do SUS...

. Certo

=A partir do momento que entrei na universidade... fui pro plano... é, digamos assim, eu tive a úlcera e comecei a perceber que eu estava tendo uma dificuldade muito grande da visão é que eu fui procurar os médicos e acabei... na época quando eu era pequeno, eles nem sabiam o que era a doença, as causas, eles nem...

.Sim
=O direito que era, as causas, como a doença agia, não tinha conhecimento da doença em si, hoje já tem um conhecimento maior, já ... hoje é que eu fui ter o conhecimento e... ter acesso também a um profissional que diz... olha, isso... isso você pode, isso você não pode... isso é bom, isso não é bom né...

. Sim...
= Aí foi piorando
. É bem diferente...
= Foi piorando até por.....
. Tá...
= Até por uma questão de não-conhecimento do...dessa
. Essa úlcera que você teve? Você começou a ter quando? Quando você fez a cirurgia? Com a queda, né? Quando foi isso?
= A primeira data...ah.
. Acredito que estas datas...(formulário na mesa de suas LTS)... eu posso olhar aqui...pelo que eu vi..14/01/2014... que você acabou indo até no hospital psiquiátrico..
= Hã, hã...
. Porto Seguro
= Sim, eu tinha... 2 quedas após a cirurgia... aí foi em março/2015. A úlcera foi no meu primeiro afastamento, você não tem a data deste afastamento?
. Hã... (procuro no formulário)... Olha, a tua primeira foi em 28/04/2013...04/04/2013, certo?
25 dias depois... daí já vai encadeando..
= É que daí... Começou aqui e foi... direto... começou dia 04/04... É que eu desmaiei, sabe?... eu tive um desmaio... por isso, eu tomava um medicamento... eu tomava um medicamento pra gastrite, né,
. Certo
= Tomava medicamento pra gastrite, desde os 18 anos e tal..no mais
. 8 ou 18 anos?
= Desde os 18 anos...aí eu sempre tive problemas de refluxo ligado ao estômago... aí quando eu... desde o meu primeiro afastamento, eu desmaiei e fui encaminhado pro hospital... e quando cheguei no hospital, tal... dei uma melhorada, tal, me solicitaram pra fazer os exames. Aí eu fiz os exames, foi comprovada a úlcera... aí começou a fazer o tratamento, daí foi visto que eu precisava fazer... como é que eles chamam?... operar a hérnia de hiato, essas coisas, os procedimentos cirúrgicos, aí foi o meu primeiro afastamento...aí eu fiquei afastado..
. Ah, 04/04/2013 e vai até... 27/06/2014 direto
= Não, olha aqui... de 04/04/2013 até 22/07/2013, esse foi o período que eu utilizei para ...
Aí reabre em 29/10/2013. Aí...
= Vai até 28/02/2014, né? Esse foi um período que... 29/10/2013 a 28/02/2014, que eu estive afastado... Eles colocaram até que eu fui buscar psiquiatra até..
.Entendo
= Porque quando eu operei..eu tinha em torno de 92 quilos... após cirúrgico. Eu tive um pós-cirúrgico da equipe em casa, fechou o canal do esôfago, eu não conseguia fazer alimentação, eu cheguei a pesar 48 quilos... então tipo... foi uma... debilidade, totalmente debilitado fisicamente..
. Sei
= Tanto que eu precisei até de um apoio psicológico... participei de grupos de apoio...e tal..
. Que te ajudou Marcos?
= Sim, nossa, foi muito bom, tanto que eu participei de grupos de apoio... nossa, sim. Eu me sinto super bem, sabe? Assim, relativo a isso. Eu tenho... sabe, eu não sabia... eu tenho síndrome do intestino irritável, é um problema que me acompanha desde criança, e é... até então eu não sabia. Depois que eu tive essas complicações, fui realizar exames e foi descoberto. E daí depois, deste período? Qual o período que a gente colocou? Depois do 28/02/2014. Eu me afastei foi no dia 29/05, foi quando eu sofri a queda no ônibus.
. Com a queda? E a tua alimentação já foi mudando assim com a queda?...e aí você descobriu a úlcera
= É aí eu descobri como principal alimentação as vitaminas e os complementos alimentares, faço até hoje a alimentação complementar. Tem algumas coisas que o meu organismo rejeita mesmo, sempre... então eu tenho algumas questões com o meu intestino que é bem complicada mesmo..sabe passar mal mesmo, mas hoje eu sei o que eu tenho... eu consigo conviver bem, trato, tomo os medicamentos..
. Tá tendo um bom conhecimento, vc falou do conhecimento.. ...e tá fazendo isso muito bem..
= Isso, veja bem,..
. Vc está super bem...riso
= Nossa, eu... O peso é normal... (riso) Mesmo ainda mal, eu pratico atividade física. Mas após a minha cirurgia do estômago eu fiz 7 procedimentos pra expansão do canal do esôfago porque eu fiquei muito tempo sem fazer

alimentação oral sólida aí ele acabou fechando, aí eu tive que botar aqueles balões infláveis pra abrir o canal da garganta, então tipo, fiquei muito tempo mesmo sem fazer alimentação, só por soro, debilitando... e acontecia o que? Às vezes eu me alimentava e eu passava muito mal, e eu achava que era o estômago... e na verdade, não era o estômago, era o intestino...daí a gente fica naquela né... tipo... até os médicos ficam, não sabem o que é, porque vc operou uma coisa e tá tendo um problema... eles acham, ficam... hoje eu faço... é uma doença que não tem um procedimento a ser feito... de intestino irritável, é mais o tratamento médico mesmo e a alimentação controlada.

. Então essa outra... a de 29/04/2014 que vc teve a queda... não, foi 29/05

= Isso, 29/05/2014 que eu tive a queda.

. Aí que te fez ficar todo esse período até...o último ... que foi retornando... agora em 31/03/2016, isso? Agora que foi o teu retorno?

= É, agora.

. Tá ótimo. Me conte como é que foi ... vc quer falar sobre este período? **Esse período todo de afastamento?... quase 2 anos... 1 ano e meio.** O que aconteceu? Vc ficou em casa, no hospital?...

= **Durante o período que eu fiz a cirurgia do joelho,né, eu fiquei em casa para recuperação e fazendo a fisioterapia...**

.Certo

= É não tinha mesmo como vir, porque joelho né, é bem complicado, tem que ficar com movimentação limitada.

. Num dos joelhos?

= 1 dos joelhos, o joelho esquerdo. Hora que eu desci do ônibus, eu sou destro...

.Ai...

= **É eu pus a perna direita, aí coloquei primeiro a perna direita, ela desceu bem... no meio-fio e a hora que eu fui colocar o outro pé... não tinha meio-fio ali, sabe? Na hora que eu soltei o peso, nossa, foi inteiro o corpo assim... na hora eu senti que alguma coisa tinha estourado, que alguma coisa machucou..aí na hora inchou né... é a gente costuma, às vezes pisa em falso, força o tornozelo, torce o joelho,... falei, ah,... tanto é... um sinal, tanto é que nem ... se eu soubesse... tanto que nem comuniquei nada na hora... fui pra casa e depois em casa é que eu não consegui mais mexer a perna, aí que fui procurar atendimento dos médicos...**

.Demorou ... algumas horas..

= **Na verdade, é que eu caí e eu fiquei na rua!... O pessoal passava assim e nem...ligava...**

. Hã...e vc tava vindo pra cá?

= Não, tava retornando.

. Ah, tava indo pra tua casa.

= É, tinha acabado de descer do ônibus... passou um vizinho meu que me viu e aí ele que me deu uma carona. Olha, tava descendo do ônibus, caí daqui e tal... ele me deu carona até em casa, a princípio não era...

. O que foi bom que ele te deu a carona...

= É, ele até falou: vc não quer que te leve ao hospital? Na hora, vc não sabe o que é, pensa... uma torção leve, nem pensei em ter um atendimento médico, na hora, de chamar ambulância..nesse sentido, ah, vou passar um remédio e...

. Não achou necessário naquele momento...

= É, aí fui pra casa e aí começou..inchou muito no mesmo dia e aí fui no médico, e o médico solicitou que eu fizesse um exame de imagem pra ver... como é que chama mesmo?

. Ressonância?

= Solicitou ressonância e aí viu que tava...com os ligamentos rompidos.

. Hã..aí você teve todos estes afastamentos, esse período...

=Aí eu fiz um período de... de... de... de fisioterapia do joelho... e após esse período... eu me afastei por um problema visual mesmo... porque os médicos... meu médico oftalmologista solicitou que eu fizesse a reabilitação visual né..curso de... ele verificou que eu tava cada vez mais com perda, falei pra ele... eu faço exame a cada 6 meses, e cada vez mais ele verificou uma perda...

. Significativa..

= Uma perda cada vez maior... é cada vez que eu ia, eu tava com perda cada vez maior. Aí comuniquei pra ele o que tinha acontecido, que tinha muita cefaleia, que tinha dificuldade, que tinha que trabalhar com a cabeça muito perto, com os olhos muito perto do computador, tinha muita dificuldade pra enxergar... contei pra ele da queda...

. Sei...

= **Sim, do que tinha acontecido... pelo que eu não tinha percepção de profundidade... daí, ele me encaminhou... solicitou o meu afastamento pra que eu fizesse a minha reabilitação profissional.** Eu falei pra ele que eu tinha algumas coisas que eu ainda dentro da biblioteca, que eu tinha algumas funções que eu fazia... mas ele achou..que era por melhor... pra não ficar forçando a visão na frente do computador, que eu realizasse a reabilitação... pra usar os softwares de VOX...

. Mas vc continuou afastado porque vc estava machucado.. e vc fez o tratamento..

= Isso..

. Se cuidou...

= Aí, eu mesmo por iniciativa minha eu procurei os 2 institutos no Paraná, são os 2 institutos de referência de cegos, ... até na época o que foi que atrasou de retorno ao trabalho... foi porque... eu já estava matriculado nos cursos, quando o pessoal entrou em greve... no passado, o pessoal ficou 4 meses de greve... o instituto paranaense de cegos é vinculado à secretaria de estado... eles ficaram em greve... mesma coisa no outro instituto que eu faço, o instituto Hermann Gorden que ele é uma escola especializada em educação de deficiência na área de informática...

. Olha só...

= Lá eu faço os cursos com pessoas com deficiências na área visual total... em que eles são referência em educar pessoas com deficiência visual... faço cursos de JAWS, VOX e NPDA..faço curso também com a Prof.^a Simone no instituto Herman Gorden, de digitação e de mobilidade... tô começando o curso de mobilidade agora... que é pra usar o transporte público né...

. Tá sendo ok fazendo todos estes cursos?

= Sim, sim, a intenção da escola era que eu terminasse os cursos antes de retornar ao trabalho, mas... tinha a questão do período de afastamento, que eu tava muito tempo afastado... o pessoal da PROGEPE me chamou pra que eu retornasse né ... eu até falei com eles né... eu ainda tinha os cursos, não estou ainda reabilitado completamente. Dentro da maioria das coisas, eu já por iniciativa própria eu já consigo desenvolver uma porção de coisas... não tinha terminado ainda, mas estou terminando..eu vou terminar, mesmo que eu estou trabalhando né... eu continuo fazendo... eu faço na segunda e terça-feira... na segunda eu tenho aula de digitação, na terça-feira eu tenho aula de VOX FOX e NVDA... na quarta-feira apenas que eu não tenho curso... que é a hora-atividade dos professores, na quinta-feira faço digitação e na sexta-feira faço JAWS...

. Tá com horário?...riso

= Não, tô ok.

. Se não, a gente pode interromper, retomar outra hora..

= Não, sem problema

. Não tem problema lá horário do curso?

= Não, meu curso é da na parte da tarde..Eu faço **fora** do horário de trabalho.

. Bom, então me conte uma coisa...é, vc não tinha o período completo de 2 anos... vc não poderia ter ficado mais um pouco? Não poderia ter ficado... **ter terminado os cursos antes de retornar...**

= **Na verdade, eu assim...a intenção...era essa, mas... não sei nem como falar... assim, a questão... pessoal teve o intuito de que eu retornasse né... assim tipo... não sei se era a área adequada... não sei se era a forma adequada como foi...eu tô falando a parte que...me passaram, que era a parte ética e a parte de...** (toca o telefone...) Foi trocado as pessoas que faziam o acompanhamento e... o primeiro contato... as pessoas já vieram com... não foi me perguntado...não foi estudado junto à escola... a escola até me passou que quando eles foram fazer uma visita, eles disseram que era necessário mais um semestre pra que eu concluísse os cursos e tal...mas não houve este aceite por parte deste pessoal que era responsável... pela parte da realização...

. Entendo...

= Neste sentido, eu... **sinto... senti mesmo abandonado por parte da instituição... porque... eu sempre fui atrás dos cursos e tal... né, claro que acho que... ninguém gostaria de ficar afastado muito por problemas de saúde...** (riso nervoso)... até eu mesmo se pudesse... não gostaria de ter o problema visual...

. Certo...

= Não é o que a pessoa quer pra vida dela né... a gente quer conquistar as coisas, a gente não quer perder... principalmente a visão, que é uma coisa tão importante, pra gente... pra tudo né...

. Sim

= Não sabe a dificuldade das pessoas... se cega... não é fácil...

. Não

= Muito menos se uma pessoa... tipo... uma pessoa que nem eu... eu sempre tive mais dificuldade visual... mas não era tão acentuada como é hoje né... foi gradativamente piorando... Assim, relativo aos cursos... eu tenho um bom desenvolvimento, eu sempre fui, eu nunca tive faltas...

. Você é muito dedicado Marcos!

= Eu sou sim...(riso) graças a Deus eu sou realmente...

. É muito dedicado, a gente percebe... não leva... leva assim... com seriedade..

= Ah, sim...com certeza, tem que ser assim.

. Mas quer se cuidar...esse é um direito seu...um direito.

= **Na verdade isso eu deixei até... claro, eu fiz questão até de deixar... até relatado no Termo que eu assinei para a volta ao trabalho... que eu estava retornando, mas sem ter desenvolvido todas as habilidades necessárias... e sem ter construído né... o que era mais importante pra mim que era...era a reabilitação né.**

Então hoje eu faço num horário fora... extracurricular, extra, fora do horário de trabalho... mas né, não foi me oferecido nenhuma vantagem... algumas coisas eu...gostaria mesmo que tivesse tido um papo maior, tanto na questão de horários, que eu tinha no curso... eu acabei mudando alguns horários pra poder continuar fazendo os cursos... a instituição né... ela não... ela não me proporcionou nada de horário diferenciado. Quando vieram com o Termo pra dar retorno ao trabalho, eu até questionei se teria a possibilidade de ter ajustes né... foi informado que não, que eu teria que cumprir a carga horária que era... a que eu cumpria antes, que era a minha obrigação, sabe?... tipo... nessa parte então... que eu senti mais dificuldade... quanto a parte de retorno, o pessoal que eu trabalho sempre atencioso, sempre me trataram muito bem né... a diretora da biblioteca sempre me apoiou, sempre correu atrás pra que eu tivesse os equipamentos necessários pra poder desenvolver um trabalho legal. Então né, dentro do setor sempre tive o apoio... Não tive o apoio, eu acho, o apoio das pessoas da assessoria responsável pela área de recrutamento...

Entendi.

= Não sei se as pessoas não têm o conhecimento necessário... **mas eu também sei que a instituição tem um grande problema quanto a questão do afastamento...** mas é... talvez... eu?... no momento eu acreditava... não, não... ó acreditávamos como eram as recomendações que os professores acreditavam...que eu estava fazendo os cursos... fazendo os cursos que não era o momento...

. Que não era o momento. Bem claro né?

= Pra eles, era... tanto que quando eu falei pra eles... olha, retornei, tal... E eles... tipo... você sabe? tipo...Você aceitou isso? porque não era o que eu, o que a gente queria. E eles (instituto) passaram isso pra mim... eles passaram que eles pediram em reunião com o pessoal da reabilitação, eles pediram mais tempo, eles pediram mais tempo... mas no final de março... eles pediram que eu retornasse a partir de 1, primeiro de julho...

. Primeiro de julho?

= É, eles... é... uma questão de... tipo... ah, toda a reabilitação minha, fui eu que busquei, fui eu que corri atrás, fui eu que me matriculei... não fiquei esperando a universidade me ligar e dizer Olha, Marcos, vc está afastado, a gente quer que vc faça um curso de reabilitação, o teu problema tem isso e isso disponível. **Não, eu fui até no instituto dos cegos... eu por meus meios, eu corri atrás, sim... sabe... nunca tive nenhuma indicação...** Marcos, vc precisa disso, não precisa fazer isso. No dia de curso, vc precisa fazer mais dias, ou vc não precisa fazer menos dias... e eles sim, acharam que eu estava demorando demais... porque sim, fiquei 8 meses afastado... meditando!... do estômago, 8 meses afastado do joelho e daí quando estava quase completando 2 anos... só que eles não contaram que... a instituição (dos cegos) apresentou... sim, eu já estava matriculado, com todos os documentos, eu estava matriculado... a instituição (instituto) entrou de greve e ficou quase 4 meses parado né? Aí a instituição parou em agosto de 2015 e só voltou a funcionar em 20, 23 de dezembro... não teve aula, aí o período de férias, e a instituição voltou a funcionar no final de fevereiro. Então, tipo assim, de curso mesmo, de reabilitação... pra... de específico assim, muito pouco. Claro, porque eu estava no início, começando ainda, até por isso que eles pediram mais tempo. Eu vim pra realizar estes cursos tanto no período da manhã, quanto da tarde... obedecendo só as limitações que eram dos professores. Todos os horários que eles me passavam, eles diziam... olha, Walter, tem estes horários... tem livre esse aqui, esse aqui... todos os horários que eu tinha livre eu ia lá e desempenhava todas as tarefas, fazia as aulas, nunca... recusa a fazer, ou tinha uma pré indisposição... Eu acho assim que... eu senti quando da minha... reunião aqui de retorno, que eles acharam assim... tipo... eu senti isso, que eles acharam tipo... tem muita gente na instituição que não quer trabalhar! E eles me incluíram neste caso... eu senti assim... tanto que eu coloquei lá pra eles...tipo...

. Eles falaram isso?

= Não, não, entre termos assim,... **mas eles vieram assim: Ah Marcos,... a gente sabe que a pessoa que fica muito tempo afastada...a pessoa tem uma predisposição a não querer retornar!... Eu disse, bom, depende de qual pessoa vc tá falando né? Se é uma pessoa que ela não quer desenvolver as atividades dela, beleza! Mas agora,... eu acordo às 6 horas da manhã e retorno do curso às 6 horas da tarde, qual é a minha pré indisposição a realizar alguma coisa? né?** Eu falei, eu tenho todo o meu histórico de... eu me afastei em 2014, eu tenho todo o meu histórico anterior...mais de 3 anos e 8 meses... que eu estava no cargo na biblioteca... eu nunca tinha pego um atestado...

.Então isso...

= Essa avaliação mental e superficial deles ficou... **ah, o Marcos está afastado há 2 anos... tipo, não quer trabalhar! Isso eu senti viu?... eu senti.**

. Sentiu bem forte?

= Sim, deixei bem claro tanto pra minha chefia quanto pra eles...deixei claro...que não era a maneira correta, não era como eu via...a forma como eles estavam agindo...independente deles ter a universidade ter a necessidade dos funcionários, não adianta...a universidade ter o Marcos, ter a Angélica aqui...

. Hã, hã...

= Sabendo que não tem a capacidade pra desenvolver alguma coisa, ou mesmo saúde necessária pra desenvolver aquela atividade... acaba sendo prejudicial até pra universidade. Eu assim, tem coisas que eu dentro da minha capacidade eu faço, sem problema nenhum, tanto que eu já entrei em contato com eles, porque né... algumas atividades que eles nem tinham colocado pra eu desenvolver, eu já desenvolvo... porque é... eu tenho os meios suficientes, mas assim... tipo... à parte mesmo, só senti dificuldade nesta parte mesmo... de um acompanhamento maior... oh, sabe, Olha, vamos chamar aqui o Marcos... vamos chamar... acho que, tipo, eu não tive contato com nenhum... sabe... eu acredito que... se por exemplo eu tivesse passado por uma psicóloga, e ela falasse... Ah, Marcos, vc é uma pessoa que não quer retornar ao trabalho, vc é uma pessoa que vc é preguiçosa, vc não tá fazendo nada, vc só quer ficar afastado... eu concordaria plenamente né? Mas não tive isso não. Realmente o que eu vi foi assim... o intuito deles era mesmo de... Ah, tem um número tal de pessoas afastadas... eu preciso que um número tal de pessoas retorne ao trabalho. Ah, então o Marcos, beleza, tá quase 2 anos, vamos fazer ele voltar... porque...
. Quem é o Marcos? Como é o Marcos?...

= É, tipo assim... porque uma coisa é vc chegar e dizer:... Vc está afastada há 2 anos! Ah, beleza! Mas vc sabe quais foram as causas? O que levou a pessoa? Qual a condição de saúde da pessoa?

Foi que nem falei pra eles... Bicho, não é pessoal... até as coisas que coloquei na folha... quando do meu retorno... eu discuti verbalmente com eles... não é nenhum problema pessoal, eu não tenho problema pessoal com nenhuma pessoa. Eu tenho problemas com relação às atitudes que a pessoa tomou aquela decisão... eu realmente senti que era mais pela questão... tipo, voltou ao trabalho! Tipo menos um, do que ... Ah, beleza, o cara vai lá desenvolver ... tinha algumas coisas assim, que eu já me considerava apto a desenvolver, mas não todas... mas quanto a isso, eu já... Hoje, por exemplo, se fossem me perguntar, como... Ah, Marcos vc quer retornar, ficar afastado e terminar seu curso? Ia falar que não, pode deixar eu trabalhando mesmo.

. Ah, isso eu ia te perguntar depois...

= Ah, sabe eu já estou tão inteirado com as coisas, que sabe..

. Mas não naquele momento que foi...primeiro, 1 de março...primeiro de abril...então assim...

Duas semanas...

= É, duas semanas. É, eu gosto muito, eu tô... nunca tive problema nenhum... sempre tive várias afinidades, nunca tive só assim, só trabalho, sempre trabalhei, estudei, fiz outras coisas né, então tipo, sou uma pessoa muito ativa, mas naquele momento,... eu... como? eu me considero até uma pessoa forte mentalmente... porque eu já passei por várias coisas, saúde ali, úlcera... que se vc não se cuidar

. O emocional..

= **Te destrói até... igual eu falei... eu cheguei a pesar exatamente 48 quilos,... uma pessoa que tinha 92 quilos, perder mais de 30 quilos... se ela não estiver preparada pras coisas... mentalmente preparada pras coisas... tanto que procurei né..procurei atendimento psiquiátrico, psicológico, tudo...pra me ajudar naquele momento, acredito que se hoje sou a pessoa que sou, extremamente forte neste sentido é porque... tipo, mesmo com as dificuldades que eu tive, levo a vida de boa, corro atrás, faço tudo...**

. E Marcos, essas... foi o pessoal da Junta... da Perícia Médica? Dr A, Dr B?

= Não, não, pelos médicos da Perícia Médica eu estaria afastado ainda até o dia 03 do 05, maio...eles colocaram a data fim por causa do...

. Agora 2016?

= Agora mesmo... porque eu... eles quiseram... o pessoal da Reabilitação que quis que eu retornasse antes. O afastamento médico, médico, seria 03 do 05, 03/05.

. Agora na Reabilitação quem tá lá...é C, D, E?

= Sim, foram estas pessoas C, D. A Psicóloga citada no começo, foi só no primeiro momento... foram eles que fizeram meu encaminhamento, C. muito mais.

. Vai voltar, tem condição de voltar? Neste sentido? Achava que vc tinha condições de retornar antes. Entendi...

= Na verdade, me chamaram... não participei da reunião juntamente com a escola, a escola até pediu pra marcar com eles (URF) e eles acabaram não atendendo... falei pra eles, eles vieram com esta questão, Ah, muito tempo afastado... falei... não, eu quero, tenho total intenção de retornar ao trabalho, falei pra eles na reunião anterior...

. Hã

= **Tenho interesse de voltar ao trabalho, não é minha intenção a aposentadoria, porque se fosse... naquele primeiro momento...**

. Só não agora... era pra ser julho...

= Aí, beleza, tal... só que daí na reunião, até minha esposa estava junto e tal... eu falei pra eles... tem algumas coisas sim, eu tenho capacidade e tem outras que eu estou desenvolvendo, eu não fiz curso de mobilidade, mas eu estou desenvolvendo... não tinha terminado, era mais esta questão... digamos assim... eu falei pra eles as coisas que eu estou desenvolvendo bem... eles foram até à escola e se reuniram com a escola, mas sem a minha presença, eu não participei. O pessoal da escola veio e falaram... Olha Marcos... eles que me falaram isso... é uma pessoa dedicada,

que não falta a nenhum dos cursos, que todos os cursos que ofereciam eu participava, que tinha uma Perícia e eu participava sabe?

. E vc não teve condição de dizer não?... de não... vc não teve?

= **Eu até expus a minha vontade dizendo... ficou lá no Aditivo dizendo que eu não tinha... porque eu coloquei lá... que eu não tinha terminado os cursos... querendo ou não, se vc está em reabilitação profissional, não tem nada a ver com a questão do trabalho, se eles encaminham...da reabilitação o que se espera é que você retorne com a mínima capacidade, e se não tiver capacidade pra aquela função, que você seja reabilitado de novo, acho que é isso né?** Beleza, Marcos, trabalha aqui recebendo os livros... ah, ele perdeu as duas mãos, não vai mais poder receber os livros, mas tem alguma coisa...

.Uma outra coisa?

= Nisso que eu falo, vai poder...

. E nisso, se eu posso entender, vc se sentiu um pouco forçado a voltar agora!

= Na verdade assim... é o que eu falei... nem é uma questão minha... por mim, eu estava predisposto...

. Pela condição de recuperação...

= Até pela questão... **foi o que falei pra eles, não sou eu, cara, que estou me opondo a nada, mas o curso, o pessoal do curso, da escola onde eu faço a reabilitação que é específica pra reabilitação, que pediu mais tempo, e isso até eles colocaram na ata deles, que eles pediram mais tempo pra reabilitação** e que eles achavam, eles achavam que eu... eu até participei da reunião... falei pra eles, isso na PROGEPE, a minha esposa presente, está bem, tá o.k... tem algumas coisas que eu desenvolvia na minha atividade que sim! Tenho capacidade de desenvolver, algumas outras... igual falei pra eles... **meu grande medo é... relativo ao que me ocorreu, a queda, o transporte público, estas coisas que eu ainda tinha dificuldade...** falei, bom, eu me ambientar dentro de um prédio... é a mesma coisa que a minha casa aqui né? Já conhecia todos os espaços, aqui eu não teria muita dificuldade de locomoção... mas na rua, o sol, eu teria mais dificuldade, e isso não foi avaliado... tipo, não digo nem em relação à minha perspectiva, Ah, não quero voltar ou quero voltar... mas sim, a perspectiva da escola né? A escola dizia que naquele momento não era adequado. Eu voltei e hoje me sinto extremamente bem, realizado, desenvolvo a maioria das atividades... e tô, continuo a fazer a maioria dos cursos pra aumentar cada vez mais a capacidade.

. Então, esta experiência de voltar, de voltar, ter esta experiência de retorno ela... vc diria que ela foi... tensa por este motivo né?

= **Tensa por este motivo...**

. Vc chego aqui, como é que foi? Vc tinha os materiais, vc disse que a diretora..

= Sim, a questão de tela, o software...

. Preparado pra vc?

= Tudo isso hoje já... **hoje eu estou à frente do laboratório de sensibilidade que é da instituição, que cuida das pessoas cegas então... estou... e as questões sobre tudo isso aí, tudo isso... Pra instituição sei que é ruim a pessoa ficar afastado, todo o pessoal da PROGEPE vê ruim a pessoa que está afastado, mas veja, que nem a diretora estava falando... o ganho que a instituição teve com este conhecimento meu.** Eu vim pra instituição, eu retornei pra instituição com um conhecimento que eu não tive né. Hoje eu represento né... antes eu tinha um contato, já tinha uma aproximação maior com as pessoas que tinham deficiência porque eu já tinha uma deficiência..né?

. Hã

= Hoje, hoje eu já atendo os alunos com deficiência visual, eu conheço os sistemas, eu posso auxiliar dentro da instituição, então, tipo... se estou com uma perda por um lado, me trouxe satisfação por outro..porque se for ver a questão... quando vc foi contratado... vc passou no concurso pra ser Psicólogo... eu fui contratado pra ser Auxiliar de Biblioteca. Auxiliar de Biblioteca, a função dele é receber e devolver os livros e guardar os livros na estante né? Veja bem, hoje eu faço trabalho totalmente diferente...

. O que você faz agora?

= Agora eu trabalho diretamente com os alunos, alunos com deficiência né? Respondo pelo Laboratório de Sensibilidade e... fiquei responsável por atender todos os alunos da universidade que tenham algum tipo de deficiência. Participo dos grupos de convivência, tem o NAPI, núcleo de apoio às pessoas com necessidades especiais, fica lá no prédio histórico, no centro... ali junto a faculdade de direito, no prédio histórico.

. Sei

= Então, tipo, é mais uma coisa que eu trouxe pra instituição... digamos trouxe pra instituição, a pessoa que tinha o conhecimento, mas agora no atendimento direto à estas pessoas...

. Então vc que tem deficiência...ou pessoa com necessidade especial?

= Ah, só muda... é a mesma coisa... depende da pessoa, pessoa que não quer ser chamada pessoa com deficiência, não quer... fala pessoa com necessidade especial... eu não tenho dificuldade nenhuma com nenhuma das 2 coisas...

eu falo, eu tenho problema de visão e pronto! Pra mim, pessoa com deficiência ou com necessidade especial... nossa!

. E isso, q vc tá fazendo agora, tá sendo mais gratificante?

= Sim, no fundo, tô conseguindo ajudar outras pessoas que também tem dificuldades como eu e tipo... é bacana porque pessoas que eu estou ajudando tem o mesmo objetivo que eu... tem tanta gente que não tem dificuldade nenhuma, não tem necessidade nenhuma e não chega a entrar na universidade, aí vc vê as pessoas... né, tem alguns aqui com paralisia cerebral, alguns completamente cegos, tens uns... por exemplo, ontem teve paralisação na universidade, mas mesmo assim, todos os meus servidores aqui que trabalham comigo... mas só o pessoal que tem cargo de chefia que vem... os outros foram pra participar do movimento. Eu mesmo quando batia ponto... pra participar também do movimento... eu fui depois na reunião...

. Entendo...

= Eu vim aqui pra atender uma aluna nossa de educação física que ela ficou de um olho cega..eu tinha marcado com ela...até um diretor falou, Ah, vc veio só pra atender ela? É, eu sei das minhas dificuldades...se a pessoa fala, venha tal dia, tal horário e depois..vem até este local...ela tem deficiência visual, ela não vai dirigir, ela depende de transporte público, ela é de são José dos pinhais...

. Você se colocou no lugar né?...

= Eu vim pra atender ela porque ela necessita...querendo ou não, eu sei que o trabalho dela, que a disponibilidade dela em vir...tem que ser maior do que as outras pessoas...vai sofrer mais. Enquanto as pessoas pegam um carro aqui e em meia hora tá lá, ela tá no trajeto...

. Agora os horários que vc tem pra fazer os seus cursos, teu acompanhamento, vc consegue fazer durante o seu período de trabalho?..

= Não, tudo fora. Isso eu falei com eles.

. Precisa ser fora?

= É da instituição mesmo, no meu retorno, eu falei..olha, pra mim seria interessante por exemplo, que eu fizesse, por exemplo, digamos assim, um dia, 2 dias o curso de período integral, mesmo que fosse só um dia de período integral...faria o curso de digitação na parte da manhã, professor Dalmar na parte da tarde...e daí trabalharia 3f, 4f, 5f e 6f...mas não se dispuseram, o projeto não se dispôs. Coloquei também que seu pudesse fazer aqui de manhã e fazer o curso à tarde lá...mas eles falaram que não, como a gente faz 6 horas, que é um horário diferenciado, que não teria como ter redução de carga horária, então tipo assim..o que eu coloquei não foi aceito em nenhum momento, sabe?

. Vc conseguiria fazer as 6 horas aqui e ter o curso à tarde?

= Isso que eu tô fazendo agora, tipo...agora eu tô fazendo isso. **Só que a questão minha é transporte né, daí eu tenho que depender de outras pessoas pra me disponibilizar, porque se eu for pegar ônibus, estas coisas, é bem complicado, entendeu?** Tipo, mais no começo...tem que ter a disponibilidade das pessoas, não só a minha, entendeu? Ah, assim, a minha irmã é enfermeira, ela tá grávida. Ela sai do horário dela de Piraquara, ela trabalha lá, vem aqui, me busca e leva no curso...quando ela não pode vir...ela tá grávida...eu até...vou...mas como disse, tenho medo de cair, de me machucar de novo...

. Sim

= Então, tipo assim, se for de manhã, não tenho problema nenhum de me locomover...é assim, porque não tem sol, luz, intensidade da luz que começa bem cedo...aí os horários que não tenha sol. **Quando sai o sol...uma hora daqui é a hora que o sol tá alto...então, geralmente, eu preciso de ajuda, sabe? Pra ir até o tubo...ou não vem...só nesta questão...do que tenho necessidade, do que dá pra fazer, do que não dá.**

. Como vc está se organizando agora? De manhã, vc faz 6 horas

= 6 horas de manhã, e pronto.

. Não tem nada aberto?

= Não teve nenhuma possibilidade.

. Hoje está assim? Vc vem todas as manhãs, e o curso que vc faz é a tarde.

= Os cursos naqueles dias que falei, só não faço na 4feira porque é curso de mobilidade e eles não começaram ainda.

. Tem que vir alguém aqui te pegar e te levar?

= Duas vezes eu consigo. É assim, quando as pessoas tem a possibilidade, elas vêm e fazem, a minha por exemplo, tal, faz mais do que pode até, às vezes. **Mas a maioria das vezes eu me locomovo sozinho...e aí eu conto com a ajuda das outras pessoas. Quando tá em dias que eu não consigo mesmo, por exemplo, o sol está muito alto, fico com o olho fechado, eu não consigo nem abrir o olho...**

. Tá muito quente ultimamente..

= É, aí tenho mais dificuldade, mas eu me viro...

. A tua ideia seria que, vc gostaria..se vc tivesse podido era ter alguns horários integral. Vc ficava 3f o dia inteiro, 4f o dia inteiro..e os outros dias vc faria os curso. Facilitaria porque vc não precisaria ter outras pessoas pra te ajudar, isso?

= Isso, isso. A mobilidade né. Se fosse a questão...

. A mobilidade é que mais...

= É, querendo ou não, por exemplo assim, é transporte né? Aqui em Curitiba...**eu não moro em Curitiba, eu moro em Araucária mas...aqui em Curitiba, se eu consigo uma pessoa que me leva até tipo...assim, se o dia não tiver sol, sabe?** eu consigo ir até lá no tubo sozinho...o ônibus tem tala, vc consegue se identificar, agora se é uma...

. Se está muito sol como estão os dias agora...

= **Aí eu não consigo visualizar bem, mas...ou eu vou mesmo sem visualizar bem. Quando eu preciso de ajuda, eu peço.**

. Vc procura ajuda até pra não acontecer queda novamente, não é? Vc Marcos, não prefere que as pessoas te ajudem?

= Prefiro, quando eu tenho dificuldade, eu peço ajuda.

. Vc neste ponto, está tendo acompanhamento?...psiquiátrico...

= Não, psiquiátrico não. Eu parei em... logo que eu sofri a queda né. E daí eu não tinha como me locomover...

. Ah, e psicológico também?

= Ah, já parei, parei os dois. Fazia o psiquiátrico no Porto Seguro.

. Já pensou em voltar?..

= Não, na época eu fiz mais...é..mais pela questão de...mesmo, tava muito debilitado fisicamente né.

. Mas depois vc achou que não tava com necessidade...

= É, não tava com necessidade...eu consigo lidar bem com as coisas, mesmo assim...o pessoal da escola...não queria que eu retornasse, não queria mesmo porque achavam que eu tinha que terminar, tal...aí quando eu falei pra eles que eu tinha assinado, tal...mas vc não tinha visto o pedido do afastamento médico, eles não têm um controle disso?

. E o que vc teve Marcos? medo? O que que houve? Vc tinha que assinar?

= É tipo assim, **a questão dos 2 anos mesmo, a questão de não poder...lidar com isso.** Depois até vi...com o pessoal do sindicato...aí nada a ver né. Eles bateram muito nesta tecla, sabe, vc tem que...

. Mas vc procurou o sindicato depois...

= Depois...na verdade eu não procurei o sindicato, eu procurei ter orientação relativo ao tempo. E daí eu fiquei sabendo que...nada a ver. Ah, beleza, tipo se vc está em período de reabilitação, independente de durar, 1, 2, 3, 6 anos, né...até algumas coisas que tinham sido julgadas na área, dizendo assim...o melhor é que a pessoa retorne após os 5 anos do que a pessoa não retorne, vi que...

. Os 2 anos é independente de tudo.

= Isso.

. É pela condição de vc estar, isso?

= Sim, é pela condição de vc estar pronto pra voltar. **Bateram muito nesta tecla dos 2 anos...ah, faz 2 anos...querendo ou não, qualquer um se sente mal...acho que aqui ninguém em plena sã consciência se desenvolve para o trabalho ou...deixei muito claro estas coisas, ninguém que tenha uma pós-graduação, queira fazer um mestrado, que tá lutando, está correndo atrás das coisas, é...para. Falei pra eles, se eu quisesse parar...até estou com a possibilidade de entrar na justiça, pedir um afastamento judicial...e falar, bom, eu não enxergo...eu hoje estou fazendo uma função diferente da minha, né? **Sabe, se eu fosse uma pessoa tipo...uma pessoa que não tivesse uma predisposição pra trabalhar...tinha falado: Bom, me aposenta! Eu não tenho, eu adquiri esta condição após o ingresso no serviço público...sabe, tipo assim, ah, quero ficar encostado, não teria assinado a folha né?****

. O teu primeiro dia aqui como foi?

= Ah, foi excelente. **O pessoal aqui, nossa...quanto a trabalho, o pessoal aqui é super 10. Já sabiam da minha condição antes...**

. A tua condição é de que vc queria estar mais pronto, feito cursos e teria vindo mais preparado...fazer todos os cursos que vc queria fazer.

= Isso, tipo...igual falei pra eles assim, mais na parte.. por que o que acontece? Não tem sol, não tem uma dificuldade maior, é externa mesmo. E mobilidade, se eu for falar pra vc, podia ir no Instituto Paranaense de Cegos...eu tô lá matriculado desde o mês de agosto do ano de 2015 e eles não me passaram ainda quando é que vai abrir...

. O que acontece? Estão em greve? Não tem vaga?

= Tem vaga, muita procura...tipo, essas coisas não foi avaliada. Tipo, Olha aqui Marcos, vc teve um afastamento deste teu joelho, mas aqui...vai fazer 6 meses que vc tá afastado e não procurou nenhum curso, tipo...não perguntou

por que? Eu não fui, eu faltei às aulas? Alguma outra pessoa que tava matriculado lá, terminou? Não ficou em greve 4 meses? Sabe, isso...esse tato de...sabe? chega uma pessoa e fala...a Angélica está afastada há 2 anos, qual seria a minha primeira pergunta: O Por que? Né...mas “ela **tem que voltar a trabalhar!**” Não é? Entendeu? Neste momento? Afinal, no final destes 2 anos, ela tem condição? Ou não? Sabe?..

. Vc sente que agora vc está em condição? Como é que vc está se sentindo?

= Eu me viro. Sabe, tipo...o se virar mesmo, eu...dentro das coisas que é pra eu fazer, eu tento fazer.

. Vc acha que em julho que seria...agora, estamos em abril, vc estaria em condição diferente?

= Olha, não digo nem eu...mas o pessoal do curso, pela evolução que eu estava tendo no curso, o pessoal acreditava que sim, porque lá...lá eles têm um acompanhamento muito bom, assim eles...

. Vc teria mais tempo de curso? Mais do que agora, vc trabalhando tem...

= Não só uma questão de tempo, lá se eu tivesse com os horários livres...lá, por exemplo, lá é estadual, então eles obedecem o princípio, ou vc se matricula de manhã, de tarde ou de noite né? Eu iria com o horário de matrícula na parte da manhã e continuava com a parte da tarde, usando os laboratórios deles né? Pra estudo, sendo que não era, não contavam como se eu tivesse lá né?

. O que eu estou entendendo é que vc usava o período integral! Então vc acha, Marcos, que essa recuperação sua, ia ser muito mais intensa, não é verdade?

= Ela foi rápida, pela minha predisposição pra querer fazer.

. O tempo de vc estar lá era algo que...vc usufruía mesmo.

= Geralmente eles marcavam as aulas individualizadas, eles marcavam as aulas de 1 hora e meia. Primeiramente eu ficava em torno de 6 horas a 7 horas, é...utilizando os equipamentos, por isso auxiliou que eu tivesse o desenvolvimento mais rápido também.

. Então é não ter conseguido fazer todo...essa intensidade, essa dedicação sua que vc sente né? Vc sentiu?

= É... o que eu senti na verdade foi...mas na questão de...acho que...de ser um número! Se tivesse, ah, tipo...entendo que a instituição tem várias pessoas afastadas por n motivos, não sei se deveriam estar ou não afastadas...

. Mas quem é o Marcos, por que? Por que está afastado?

= É, foi feito um tato...não tiveram um tato...ah, ele ficou 8 meses afastado, operou o estômago, que não tem nada a ver com isso...ah, bom, ele caiu, é relativo a dificuldade visual, mas é uma outra área o corpo...terminou as fisioterapias, ele precisa...neste momento aqui, eu me afastei do joelho, que eu já tinha os laudos, já apresentei os laudos visuais e tal, aí já poderia ter sido...ah, vamos fazer um acompanhamento pra ver o que a gente pode fazer...vamos ver qual escola seria melhor pra ele..vamos ver qual curso seria melhor pra ele no momento. Por exemplo, todo mundo que é deficiente visual...como ontem que eu atendi a menina, que eu falei pra vc, que é da educação física aqui...

. Hã..

= Ela já tem 1 ano e 5 meses de deficiência visual e não conseguiu fazer o curso de mobilidade **ainda**...ainda não chamaram ela pra fazer. Tipo, é a mãe dela que leva ela pra todos os lugares. Então, vc veja bem, se...é a mesma dificuldade que eu tive. Ah...”mas por que vc não terminou o curso? Por que vc não retornou ainda?” Não, simplesmente porque não tinha lugar que ofertava o curso, as 2 instituições estaduais estavam em greve, sabe então, tipo...é...não é uma desculpa, tem coisas que independem da gente...

. As condições para...

= Hã, hã. Não tem como eu chegar lá e falar...olha, eu quero que vcs saiam da greve, eu preciso terminar minha reabilitação,né? Não ia adiantar nada, eles iam continuar em greve. (riso)

. Esse, o que vc faz hoje, que vc trouxe..até por todo esse tempo que vc teve, esse aprendizado, né?

= É, estou utilizando o que eu tive.

. Vc falou com a sua chefia sobre isso? Ela te propôs?

= A minha chefia propôs, porque a biblioteca tem este projeto de atender os alunos com necessidades especiais.

. E isso tinha tudo a ver com vc.

= Seria uma coisa que eu me sentiria útil fazendo.

. É algo novo? Tinha alguém fazendo?

= É novo na instituição...tipo, já tinha o laboratório mas agora é que a gente está tendo os softwares e os materiais necessários para realmente atender os alunos da forma adequada.

. Marcos, vc acredita que tenha algum risco, situação de dificuldade? Como vc lida com ela?

= Ah, a minha grande dificuldade é locomoção, né? Locomoção mesmo, mas é...me viro, tipo, não tenho medo assim. Logo que eu machuquei meu joelho, é...eu fazia fisioterapia e tudo...e mesmo depois das fisioterapias...eu continuava com medo, sabe? Porque a perna, ela teve muita perda de massa muscular sabe? Ela ficou bem mais fina do que a outra...então eu tinha insegurança.

. Hã.

= Agora não, eu faço atividade física para eu fortalecer. Tenho mais confiança em andar, mas tipo...antigamente, é...mesmo com a dificuldade que eu tinha...eu era...ah, vou conseguir fazer! Vou conseguir fazer! Nunca tive medo. Hoje não, eu já me precavenho mais, sabe?

. Ia com aquela coragem mas agora, além da coragem, vc está preparado.

= É, estou preparado. Não é medo, é precaução.

. Ok. Você teria...eu tenho uma questão, que seria assim: vc comentou que vc ficou afastado, falou, tô casado...como é isso no meio de tudo isso?

= É...não falei. Tenho uma irmã que me ajuda né? É mais nova.

. Enfermeira.

= Isso, enfermeira. Fez PUCPR enquanto eu trabalhava lá...eu trabalhei 5 anos na PUCPR. Eu trabalhei em biblioteca, trabalhei 5 anos. Bom...quando eu procurei o tratamento psiquiátrico, foi tanto quanto relativo à esta questão da úlcera né? Eu estava sofrendo muito, como a gente falou...e na época, minha esposa perdeu o bebê também né? Foi juntando as coisas, depois ela perdeu mais um...e agora ela tá grávida de novo.

. Olha!...

= Graças a Deus, ela está bem. Antes dava incompatibilidade né? Não tirava, perdia antes dos 3 meses, agora...

. Você é casado há quanto?

= Sou casado há 10 anos. E agora...agora tá tudo bem.

. Primeiro filho?

= Primeiro. Linda.

. Ah! Tem até nome...5 meses e meio. Agora já tem tudo, agora com este negócio de Zica vírus, a gente fez todos os exames...

. É verdade.

= Tanta preocupação...que a gente tinha perdido 2 vezes... vc fica com aquela sensação ruim. Daí um monte de doenças, passa na televisão, os meios de comunicação dando a notícia de microcefalia e tudo...esse a gente fez e tá tudo...e é só felicidade, isso é um papel a mais de alegria. (riso)

. Alguma coisa a mais que vc queira falar desse retorno?...Acho que ficou muito claro tudo que vc viveu...e expôs isso muito bem, sabe?

= Sabe, é até bom porque...

. Espero que isso seja útil...porque sou colega tua, como servidora.

= Dentro da instituição.

. É, a gente quer que a instituição seja cada vez melhor.

= A instituição eu vi colegas que puderam ouvir mesmo as coisas, desta foram...a minha diretora, uma pessoa super aberta, né, que se predispõe a entender as pessoas que eu acho que é...não adianta nada ter a minha fechada pras coisas...

. Ela te recebeu bem?

= Ah, extremamente bem. Falo de coração, até já gostava dela...uma super chefe antes de eu me afastar, mas também quanto ao retorno...ela me recebeu muito bem, muito atenciosa. Quanto às necessidades, ao meu bem-estar, quanto a eu...a questão de horário, pra eu poder continuar desenvolvendo...coisas que eles não me ofereceram assim...

. Então, com ela vc consegue se entender?

= Sim.

. Porque se lá, foi falado algo fechado, quadrado, tá aqui, não mexe...e com ela, vc sente que consegue se entender.

= Sim, quando eles, o pessoal da PROGEPE, o pessoal da Reabilitação veio trouxeram um horário...eu falei pra eles assim...olha, eu preciso que seja...que eu trabalhe de manhã e que eu faça o curso à tarde, porque daí os horários seriam compatíveis. Eles, mesmo que eu entre muito cedo aqui, à tarde eu consigo sair, aí também num horário mais cedo. Eles quando vieram, tentaram entrar em contato com o pessoal do curso...como o pessoal do curso não recebeu eles, eles assim tipo..o pessoal...não é que o pessoal não recebeu eles...eles, eles não tiveram a resposta da PROGEPE que eles esperavam ter...aí, **num primeiro momento é...até eles...ligarem, olha, a gente precisa que o Marcos volte aqui ao trabalho dia primeiro...tem como ele...ele mudar o horário de curso dele? Sabe, como era uma imposição deles...eles passaram para o pessoal da escola uma imposição... o pessoal falou: não, não tem a possibilidade de mudar o horário do curso.** Isso, que eles fizeram...foram lá, e colocaram isso, ah, beleza, vc vai trabalhar da 13 às 19h, sabe?...Sabe, eu tinha colocado que pra mim, eu queria trabalhar **de manhã**, sabe? Pra mim era primordial que eu fizesse, eu faria as 6 horas aqui, ia para o curso e conseguiria sair.

. E definiram o contrário?

= Sim, que eu entrasse às 13h e saísse às 19h porque...Daí, eu falei: Nossa, eu vou fazer...o bom aqui, o essencial seria o que? Porque eu tenho um amigo aqui que me dá carona até o terminal do Pinheirinho, cedo. Daí, eu entro aqui às 7h, de manhã eu estou aqui, e saio às 13h. E vou pro curso e lá eu saindo por volta das 17h, em torno das 19h, 19h30 eu estou em casa, né? Aqui, eles queriam que eu ficasse no curso, que eu chegasse no curso às 9h da

manhã. Aí eu teria aulas das 9h às 12h, entraria aqui às 13h, sairia às 19h e chegaria em casa às 21h30...tipo, ia ficar 16 horas por dia fora de casa, sabe, entendeu? (*riso nervoso*)

. Mas foi um desentendimento que afinal, lá vc queria fazer isso, vc já estava fazendo de manhã, mas...

= Se tivesse dado um retorno, eu diria: **Olha, eu diria, já que é pra retornar que seja uma situação viável pra mim, mas não foi né?** E tipo, depois que eu já tinha assinado e tal..eu conversei com a diretora. Olha, fica muito fora de mão, fica extremamente inviável, vou ter que fazer 2 alimentações, fora de casa, um gasto a mais e tal.

. Faltou muita conversa...

= Aí, é o papo não era uma coisa acessível assim, sabe? Não era acessível assim. De sabe? Mesma coisa, vc chega pra mim e fala: Olha, eu tô com muita sede, eu preciso de 2 copos d'água, eu falo: mas eu tenho 1 aqui e não posso te dar outro, sabe? Acho... É isso e acabou. Isso, isso...tudo que eu falava...Bom, posso? Não. É isso daqui. Tem alguma coisa? Não, é isso daqui. Tá bom então, a única dificuldade...

. Então, Marcos, parece que sim...você costuma enfrentar? Vc disse hoje aqui, que vc tem uma mente forte...

= Ah, sim, eu quis que colocasse no papel...tipo, porque...eu falei: Não era eu que tava me negando, a instituição a qual eu estou matriculado faz... até o rapaz de lá falou...um rapaz totalmente cego...falou: Marcos, já passaram por nós mais de 600 pessoas reabilitadas, graças a Deus a maioria delas são um sucesso, né? Ele falou assim, **pergunte o pessoal da Federal, o pessoal de lá: quantas pessoas deficientes visuais eles fizeram reabilitação? E quantos processos de reabilitação visual eles participaram?** Sabe, isso...eles lá na instituição me falaram. Eles ficaram assim...quando eu falei que retornei, eles ficaram indignados! Tipo assim, estão desrespeitando uma condição de pessoa deficiente. Pra eles, foi assim...tanto que vc veja bem, eu cheguei lá, conversei...olha pessoal, pra mim, fica difícil, fica este transtorno, ninguém vinha me acompanhar, fica difícil o transporte, vai ficar muito tarde pra mim, e tal, tal. Beleza, o pessoal no outro dia...Adianta pra mim, ligar pra Angélica? Olha, Angélica, seguinte: Quero que vc faça um negócio pra mim às 7e30, no café da manhã. E vc fala pra mim assim: Eu não posso, eu posso 8e30. "Não, vc tem que fazer às 7e30." Sabe, isso que aconteceu.

. Entendo

= Isso aí.

. E Marcos, pelo que eu estou entendendo, vc está tendo apoio, né? Todo mundo te ajudou, pra resolver as coisas pra vc, né? Tá caminhando né? Mas vc teve que ter colaboração de todo mundo..

= É o que vc falou, né. O enfrentamento, bem isso sabe? **Acredito que é ruim ir pra discussão, bater de frente, mas se não fizesse isso também...vc acaba aceitando todas as coisas. Mas mesmo eu batendo de frente com todas as coisas, bem eu aceitei né? Eu retornei mais de um mês antes do que era previsto pelos médicos, pela Junta médica. A junta médica viu que era pra 03/05 e eu acabei retornando pro primeiro dia útil de abril, 01/04.**

. Então, um mês antes.

= Um mês antes né? Então, tipo...essa é a condição! Que o pessoal fala que não é respeitada. Que uma coisa é tipo assim, médico. Se fosse por exemplo, se acontecesse alguma coisa com vc, a gente falasse: Vc tem 30 dias pra ficar afastada, se alguém fosse lá e falasse pra vc: Olha, em 15 dias vc vai ter que voltar e olhasse e dizia, mas eu estou afastada. Sabe, era esse ponto e o ponto da escola.

. Entendo. Mas vc teria até o teu Atestado, né? Neste ponto, vc teria o Atestado...pra 01/05.

= Sim, eu passei na Perícia com 3 médicos...pelo papel, que entre aspas "eu assinei"...não, se eu não tivesse terminado o curso, o afastamento passasse do período...eu sou extremamente ético comigo e com relação às outras coisas...então, é...eu teria voltado antes...eu diria: Oh, terminei o curso aqui né? Tá na hora de eu retornar, sabe, entendeu? **Mas tipo, igual pessoal da escola falou: afastado na questão médica...e eles ainda não tinham zerado pra retorno. O que eu vejo assim, faltou só esse meio de tempo, esse acompanhamento, tipo, eu falei até pra minha diretora assim, que eu senti um abandono... essa parte assim, meio que deixaram de lado, a hora que viram que...tava quase 2 anos afastado, aí correram atrás pra que eu retornasse.**

. Vc tava comentando então, que vc tem...voltando um pouco...vc tem só esta irmã?

= Tenho mais irmãs, tenho mais irmãos, todos mais novos.

. Vocês são em 4?

= Somos em 5, eu, minha irmã e mais 3 irmãos. Eu sou o mais velho, com 30 anos, minha irmã tem 24 anos, um com 22 anos, um com 19 anos e um com 15 anos.

. Só uma menina?

= Só uma menina. E minha mãe, ela tem deficiência visual e eu herdei dela.

. Ela tem ?

= Ela tem, ela tem glaucoma. A deficiência visual a gente herda geralmente da mãe. Ela tem o mesmo problema que eu, só que ela tem uma perda um pouco menos acentuada. Ela perdeu um pouco menos, diz que...como uma amiga minha que ela tem os 2 filhos nasceram completamente cegos e ela ainda consegue... ela tem menos que eles, mas também tem.

. Pai?

= Tenho pai. São casados e há 30 anos. (risos)

. Um tempão...tá joia. Me fale só...vc quer complementar? Por mim, tá ok..

= Relativo assim...me sinto bem, consigo resolver bem minhas atividades. Tenho me dedicado bastante. As necessidades, tenho buscado os cursos, né? Tenho procurado sanar as dificuldades que eu tenho. Hoje tenho já um bom conhecimento, já consigo me virar bem, auxiliar alguns alunos...assim tipo...igual eu falei né? **É, acredito eu, só faltou um pouco de tato...só tato mesmo. Tipo: Ah, Acho que o tempo é o de menos nisso...na reabilitação se o intuito é o de ser a pessoa reabilitada. Se a pessoa não quer, também não adianta nada.**

. Vc pode ver eles? Falar sobre isso? Querem ouvir sobre isso?

= Ah, eu tô grato até de poder falar...só a diretora que conhece a minha história. Tem que ter disponibilidade...eu falo de...porque cada um tem a sua opinião...cada um tem a sua opinião pessoal, mas desde que saiba com o que tá lidando né? Se a pessoa não sabe com o que está lidando, aí fica...os comentários são muito fracos, né? Vc não tem como falar especificamente com quem não conhece.

. Olha, eu pensei numa outra coisa, e quero ver o que vc vai pensar a respeito... Mas assim, se vc pudesse tirar uma foto/imagem sobre vc NO/FORA trabalho, como é que ficaria esta foto? Como seria?

= Hum... Tá em aberto...quem é o Marcos?

.Uma coisa que eu posso tirar e mandar pra vc? **Eu no trabalho normal...e eu em dia de Sol...porque meus amigos me falam: Nossa, cara, vc é uma pessoa quando vc está dentro...num ambiente. E quando fora de um ambiente fechado, eu não consigo abrir o olho!** Quando eu tiver no sol, eu peço pra alguém tirar a foto pra mim e mando pra vc.

. Agradeço muito esta entrevista.

= **Quando vc me ligou, eu pensei, ela deve ter uma dificuldade enorme de achar pessoas que queiram falar sobre isso. Porque as pessoas não querem se abrir, geralmente não querem falar sobre a vida. Eu acredito sim, eu tive experiência de falar já, mas eu gosto...**

****Em seguida, fui conhecer seu ambiente de trabalho, a sala onde trabalha. Os seus instrumentos de trabalho, o computador com hardware especial pra comando de voz. Inseriu o TCLE nele. Estavam presentes alguns colegas de trabalho e a Diretora da biblioteca que brevemente me cumprimentou e falou que estava satisfeita com as atividades desenvolvidas pelo Marcos.*