



Revista Brasileira de Saúde Ocupacional

ISSN: 0303-7657

ISSN: 2317-6369

Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho - FUNDACENTRO

Lima, Mônica Angelim Gomes de; Carvalho, Rita de Cássia Peralta; Andrade, Andréa Garboggini Melo; Neves, Robson da Fonseca; Costa-Black, Katia Maciel
Modelo lógico de um programa de retorno ao trabalho:
instrumento orientador para prevenir a incapacidade
Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, vol. 44, e29, 2019
Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho - FUNDACENTRO

DOI: 10.1590/2317-6369000018318

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=100559392024>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

redalyc.org
UAEM

Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto



Mônica Angelim Gomes de Lima^a
 <https://orcid.org/0000-0003-3364-8439>

Rita de Cássia Peralta Carvalho^b
 <https://orcid.org/0000-0002-7788-2780>

Andréa Garboggini Melo Andrade^b
 <https://orcid.org/0000-0002-1064-0787>

Robson da Fonseca Neves^c
 <http://orcid.org/0000-0002-3889-560X>

Katia Maciel Costa-Black^d
 <https://orcid.org/0000-0002-8411-7331>

Modelo lógico de um programa de retorno ao trabalho: instrumento orientador para prevenir a incapacidade

Logical model of a return to work program: guiding tool to prevent disability

Resumo

Introdução: organizar e avaliar Programas de Retorno ao Trabalho (PRT) de indivíduos afastados por incapacidade, decorrente de lesões sofridas no ambiente laboral, é de grande importância para o Sistema Único de Saúde (SUS). *Objetivo:* construir o Modelo Lógico do PRT desenvolvido pelo Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador da Bahia (Cesat/Bahia) como uma das etapas iniciais do processo de avaliação da sua implantação. *Método:* estudo de caso único, integrado e retrospectivo, visando a elaboração de Modelo Lógico baseado em roteiro formulado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) para avaliação de programas. *Resultados:* o Modelo Lógico final do PRT-Cesat/Bahia foi construído em três dimensões operacionais – indivíduo (trabalhador), ambiente de trabalho e atores sociais –, permitindo que a equipe coordenadora refletisse sobre as várias etapas do processo e sobre o impacto e a utilidade do programa para a população. *Conclusão:* o Modelo Lógico possibilita aos profissionais de saúde, pesquisadores, trabalhadores e demais atores sociais debater o conteúdo, princípios, recursos e teorias para implantação, replicação e avaliação de PRT.

Palavras-chave: LER/DORT; retorno ao trabalho; reabilitação; avaliação de programas; saúde do trabalhador.

Abstract

Introduction: it is of great importance for the Brazilian Unified Health System (SUS) to organize and evaluate Return to Work programs for workers in disability leave due to injuries suffered in the work environment. Objective: to construct the Logical Model of the Return to Work program developed by the Bahia State Worker's Health Reference Center (Cesat/Bahia) as one of the initial stages for the evaluation of its implantation process. Method: a single, integrated and retrospective case study, aiming at elaborating a Logical Model based on a script formulated by the Institute for Applied Economic Research (Ipea). Results: the Cesat/Bahia Logical Model of Return to Work program was constructed in three operational dimensions – individual (worker), work environment and social actors –, allowing the coordinating team to reflect on its process stages as well as on the program impact and utility for the population. Conclusion: the Logical Model enables health professionals, researchers, workers and other social actors to discuss the content, principles, resources and theories for the implementation, propagation and evaluation of the Return to Work program.

Keywords: RSI/WMSD; return to work; rehabilitation; program evaluation; occupational health.

Os autores informam que o artigo recebeu auxílio financeiro do Projeto PPSUS/FAPESB, termo de outorga: SUS 0013_2009.

Os autores declaram que não há conflitos de interesses.

Os autores informam que o conteúdo deste trabalho não foi apresentado em eventos científicos e que não foi baseado em dissertação ou tese.

Recebido: 15/03/2018

Revisado: 31/07/2018

Aprovado: 04/10/2018

Introdução

A incapacidade para o trabalho após um adoecimento ou lesão tem gerado grande custo social e financeiro para os sistemas de saúde, trabalho e seguridade social em vários países no mundo e, também, no Brasil^{1,2}. Trata-se de um fenômeno complexo, porque envolve decisões pessoais e administrativas vinculadas a interação do indivíduo com a incapacidade e com os demais atores sociais e instituições envolvidas³. Essa complexidade é ainda mais marcante quando o afastamento do trabalho é longo e há rompimento da comunicação entre o trabalhador e a empresa, ou quando há conflitos na abordagem do tratamento clínico^{4,5}.

O retorno à vida produtiva após o adoecimento requer o desenvolvimento de ações coordenadas que abordem o problema na sua complexidade, sendo elas: terapêuticas (indivíduo/trabalhador), de intervenção nos ambientes e processos de trabalho e de articulação entre os atores sociais e instituições envolvidas. Em muitos casos, quando as barreiras ao Retorno ao Trabalho (RT) não são removidas ou minimizadas, o trabalhador pode permanecer afastado do trabalho ou manter-se trabalhando adoecido, caracterizando o presenteísmo, com agravamento do quadro clínico e perda de produtividade⁶.

Muitos estudos, inclusive randomizados, mostram que é possível prevenir a incapacidade prolongada através de programas de atenção integrada para o RT⁷⁻⁹. Esse tipo de programa propõe uma abordagem proativa para o reconhecimento dos determinantes da incapacidade que vão além de fatores clínicos; e, a partir daí, oferece um plano de reabilitação terapêutico ao trabalhador, que pode incluir intervenção no ambiente de trabalho, intervenção clínica e/ou ações intersetoriais específicas que apoiam um RT de forma mais eficaz e coordenada.

Partindo da literatura científica internacional, podemos identificar alguns dos princípios e componentes efetivos de Programas de Retorno ao Trabalho (PRT). Costa-Black¹⁰, ao realizar uma sistematização de estudos sobre desenvolvimento de PRT, identificou como componente efetivo o desenvolvimento de ações direcionadas aos trabalhadores, local de trabalho e aos diferentes atores sociais envolvidos no RT.

No Brasil, o debate científico sobre efetividade e custo-benefício de PRT se limita a poucos exemplos – sem um consenso no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) – sobre quais são as intervenções essenciais para favorecer a volta ao trabalho depois de uma lesão ou adoecimento. Dentre os exemplos encontrados no cenário nacional, destacam-se o Programa de Reabilitação Profissional para Trabalhadores com Incapacidades por Lesões por Esforços Repetitivos/

Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT), do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) de Piracicaba¹¹; o Programa de Reabilitação Ampliada (PRA), de Santa Catarina¹²; e a experiência do Programa de Retorno ao Trabalho do Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador (PRT-Cesat/Bahia), ocorrida na Bahia¹³.

Em 2007, por meio de uma parceria da Universidade Federal da Bahia (UFBA) com o Cesat, uma equipe de pesquisadores e profissionais técnicos em Saúde do Trabalhador empreendeu esforços no sentido de compreender o crescimento do número de trabalhadores com afastamento prolongado por LER/DORT matriculados no serviço. Para tanto, buscaram evidências científicas e ampliaram o diálogo com pesquisadores nacionais e internacionais que estudavam o assunto, tendo em vista o enfrentamento do problema.

Fruto desse esforço, em 2010, após um processo de negociação estabelecido entre o Cesat e a alta gestão de uma empresa de economia mista do ramo do comércio varejista – na qual 33,4% dos trabalhadores afastados tinham como diagnóstico distúrbio musculoesquelético –, iniciou-se a implantação do projeto piloto intitulado Programa de Retorno ao Trabalho de Trabalhadores com LER/DORT do Cesat/Bahia (PRT-Cesat/Bahia), sob coordenação dessa equipe. O projeto realizou o acompanhamento de 13 trabalhadores que aceitaram participar dele.

As intervenções realizadas foram desenhadas e inseridas no contexto das ações de assistência e vigilância de ambientes e processos de trabalho do Cesat, com monitoramento contínuo e busca pela articulação entre os atores sociais envolvidos. A equipe responsável pela coordenação do programa incluiu a temática da prevenção da incapacidade em diversos fóruns de debates, seminários e sessões abertas como estratégia para envolver os diversos atores no processo de reabilitação de trabalhadores.

As experiências mencionadas mostram que, no contexto brasileiro, há uma tentativa de integrar ações e serviços para prevenir a incapacidade prolongada, com uma proposta de proteção da saúde no trabalho – por meio da integração da intervenção nas condições de trabalho com a atenção à saúde e reabilitação clínica (para o manejo da incapacidade).

Apesar do esforço empreendido nas experiências desenvolvidas, enfrentou-se um grande desafio: o limitado investimento em pesquisa de avaliação de programas no Brasil, associado à dificuldade de avaliar esse tipo de intervenção complexa – com multicomponentes e que abrange serviços, sistemas e atividades variadas. Alguns autores se referem a esse tipo de intervenção de modelo como “caixa preta”, dada a dificuldade de determinar o que realmente funcionou no programa¹⁴.

Nesse modelo, a intervenção é considerada homogênea, dicotômica (ausência ou presença da intervenção), sem variações durante a implantação e impermeável a influência do contexto em que está inserida, não sendo levada em consideração na avaliação dos efeitos e nas mudanças ocorridas ou não após a intervenção¹⁵.

Muitas vezes os componentes essenciais de um programa são confundidos com outros que podem ser ajustados em diferentes situações¹⁰. É preciso perceber que há uma diferença entre os componentes efetivos – aqueles que tiveram influência direta na produção dos efeitos ou impactos produzidos pelo programa e que podem ser mantidos e replicados em outros contextos – e aqueles componentes ou características da intervenção que são modificáveis conforme a situação de trabalho, empresa ou incapacidade. Dessa forma, é importante compreender em profundidade os mecanismos de ação de um programa, seu contexto específico e seu *modus operandi* para replicá-los e alimentar o debate sobre o conteúdo, tomando como base o conhecimento sobre avaliação de programas^{16,17}.

Conforme Hartz e Silva¹⁶, o modelo lógico de avaliação de programas é um instrumento frequentemente utilizado tanto na pesquisa quanto na prática em saúde pública por oferecer um resumo do funcionamento de um programa e seus componentes essenciais, possibilitando verificar se está estruturado de forma coerente para o alcance dos objetivos e metas pré-determinados. Como afirmam Cassiolato e Gueresi¹⁸, elaborar um modelo lógico é organizar os componentes de um programa de forma sistemática e visual, articulando os recursos disponíveis, as ações planejadas e os resultados esperados; explicitando, assim, a teoria do programa. Nessa perspectiva, optou-se por construir o Modelo Lógico do PRT-Cesat/Bahia, a fim de demonstrar a identificação dos componentes de um programa e, sobretudo, a compreensão da sua operacionalização para o alcance dos objetivos e metas propostos pelo programa, conforme sugerem Medina et al.¹⁹.

A decisão de elaborar o Modelo Lógico desse programa surgiu da necessidade prática e da pesquisa em avaliação de programas para se obter um instrumento orientador que visasse uma discussão mais aprofundada a respeito da disseminação desse tipo de intervenção na Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) – tendo em vista a implantação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT). Portanto, o objetivo deste estudo foi construir o modelo lógico do PRT-Cesat/Bahia como uma ferramenta de avaliação do Programa para compreender melhor a intervenção multicompONENTE – que inclui ações de caráter clínico e não clínico –, para o manejo e prevenção da incapacidade prolongada dos trabalhadores com LER/DORT.

Métodos

A construção do Modelo Lógico do PRT-Cesat/Bahia baseou-se nos referenciais metodológicos de Hartz e Silva¹⁶, Cassiolato e Gueresi¹⁸ (roteiro proposto pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas – IPEA) e Medina et al.¹⁸, e utilizou como metodologia o estudo de caso único, integrado e retrospectivo¹⁹. A opção por essa metodologia se deu pelo fato de permitir a compreensão do contexto da implantação e do conjunto de decisões tomadas pela equipe operacional envolvida, ao longo dos dois anos (2010-2012), no programa piloto, bem como o estudo aprofundado dos resultados desse programa.

Como parte do desenvolvimento da avaliação do processo de implantação do programa, foram estabelecidas 5 (cinco) etapas para a elaboração do Modelo Lógico do PRT-Cesat/Bahia:

Na Etapa 1, “Sistematização dos dados e construção de matrizes descritivas”, membros da coordenação do PRT-Cesat/Bahia, também autores deste estudo, reuniram e sistematizaram todos os dados produzidos durante o período de desenvolvimento do programa. Como fontes de evidência utilizaram-se documentos internos do programa: relatórios das intervenções, fichas de acompanhamento individual dos participantes, anotações da equipe decorrentes de observação direta das atividades desenvolvidas, áudios de reuniões e de atividades realizadas com representantes da empresa e outros atores sociais envolvidos nas ações do programa.

Os dados empíricos foram sistematizados segundo as orientações contidas no guia de desenvolvimento de modelos lógicos da Fundação Kellogg²⁰, em matrizes descritivas preliminares contendo as ações, atividades, resultados esperados e processo de implantação do programa. A partir dessas matrizes foi possível identificar que o PRT-Cesat/Bahia desenvolveu ações direcionadas ao trabalhador (indivíduo), ao ambiente de trabalho e aos atores sociais, sendo mediadas pela coordenação do programa. A Etapa 2, “Categorização dos dados em unidades de análise”, foi desenvolvida a partir da perspectiva de Yin²¹ sobre a metodologia do estudo de caso único com unidades integradas de análise. Os autores perceberam que para a ampla compreensão e identificação dos componentes do programa e de suas interações era preciso tomar o PRT-Cesat/Bahia como unidade principal (o caso) e quatro unidades integradas de análise²¹ (**Figura 1**). Para cada uma dessas unidades de análise foi construída uma matriz descritiva contendo os insumos, atividades, produtos, resultados e impactos do programa²⁰.

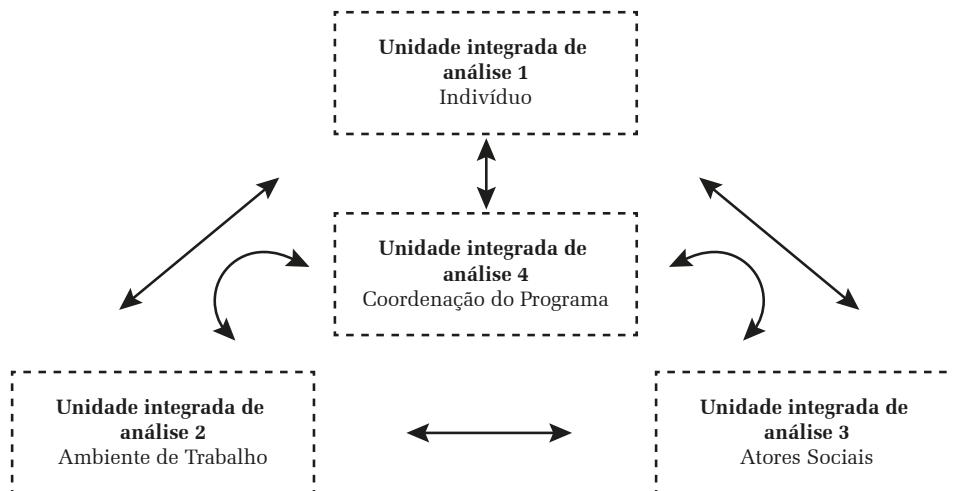


Figura 1 Representação do estudo de caso único integrado do PRT-Cesat/Bahia. Empresa do ramo do comércio varejista.

Para Etapa 3, “Estabelecimento de consensos coletivos para validação das matrizes descriptivas”, os autores realizaram uma oficina de trabalho de oito horas (abril de 2014) com participação dos demais membros das equipes coordenadora e operacional do programa e duas consultoras externas. Após apresentação do processo de construção e conteúdo das matrizes preliminares, foram discutidos os pontos de divergência e construídos consensos para validação.

Na Etapa 4, “Organização gráfica da primeira versão do modelo lógico”, as matrizes validadas foram novamente analisadas pelos autores, com o objetivo de identificar os elementos prescritivos e descriptivos do programa por meio da busca de resposta para as seguintes perguntas: qual o público alvo do programa? Que pressupostos (teoria da mudança) orientam o programa? O que se pretende modificar? Quais insumos são necessários para o desenvolvimento do programa? Que atividades foram desenvolvidas para o alcance dos objetivos do programa? Quais os produtos imediatos alcançados com o desenvolvimento das atividades? Quais resultados (mudanças geradas nos participantes do programa) foram alcançados? Qual impacto foi produzido pelo programa (mudanças geradas nas organizações, comunidade ou sistema)?

A partir das respostas a essas questões, os autores realizaram a organização gráfica (Modelo Lógico) dos insumos, atividades, produtos, resultados e impacto do programa. Como propõe a Fundação Kellogg²¹, o Modelo Lógico de um programa deve ser validado de forma participativa com os atores que atuaram no desenvolvimento do programa. Nesse sentido, no processo de validação, procurou-se identificar se o modelo proposto apresentava o detalhamento dos elementos (e suas interrelações) do programa; se existiam outros caminhos para o alcance dos resultados; se a lógica do programa estava completa; e se a representação gráfica era clara.

A validação do Modelo Lógico propriamente dita ocorreu na segunda oficina de trabalho (oito horas), em agosto de 2014. A Etapa 5, “Estabelecimento de consensos para validação do modelo lógico”, portanto, representou esse momento de reflexão e discussão entre os profissionais participantes do PRT-Cesat/Bahia sobre o Modelo Lógico apresentado pelos autores, com a mediação de uma consultora externa experiente na avaliação de programas de saúde.

O projeto piloto, objeto de interesse deste artigo, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), sob o parecer nº 64/2009.

Resultados

O Modelo Lógico final do PRT-Cesat/Bahia (**Figura 2**) será apresentado nas suas três dimensões operacionais: indivíduo (trabalhador), ambiente de trabalho e atores sociais. No processo de construção do modelo identificou-se que, para operacionalização do programa, o conteúdo da unidade de análise “coordenação do programa” se coloca como um recurso necessário para a implantação de um PRT, portanto, insumo.

Insumos

Os insumos incluem a presença de uma equipe multiprofissional capacitada nos referenciais teóricos norteadores do programa, bem como na sua estruturação, desenvolvimento e monitoramento. Essa equipe deve atuar de forma interdisciplinar, integrando saberes e práticas de diferentes áreas profissionais, dando suporte para o trabalhador retornar de forma saudável e segura à vida produtiva e realizando ações de cooperação entre os atores sociais, mediante o estabelecimento de comunicação contínua e aberta sobre cada caso.

Para nortear a equipe multiprofissional em um plano de ação específico para cada trabalhador, foi desenvolvido, no PRT-Cesat/Bahia, um protocolo para avaliação dos determinantes da incapacidade, com base científica e orientado pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da OMS²². Esse protocolo possibilita o diagnóstico da situação de saúde, avaliação da incapacidade e funcionalidade do trabalhador com identificação dos principais obstáculos e facilitadores para o RT. Esse diagnóstico orienta e prioriza as ações da equipe e a tomada de decisão junto ao trabalhador e aos demais atores sociais.

No Modelo Lógico do PRT-Cesat/Bahia, identificou-se como insumo importante a existência de instalações físicas: sala para realização de atividades grupais, equipamentos e recursos materiais compatíveis com as atividades do programa, provisão de recursos financeiros para o desenvolvimento das ações (a exemplo das intervenções ergonômicas no ambiente de trabalho).

Atividades

As atividades essenciais previstas no Modelo Lógico do PRT-Cesat/Bahia foram esquematicamente apresentadas nas dimensões indivíduo, ambiente de trabalho e atores sociais. Elas foram propostas nas três dimensões e têm como objetivo favorecer o RT e permanência sustentável por meio de condições modificadas de trabalho, com redução, o máximo possível, do agravamento da situação de saúde do trabalhador, bem como do surgimento de novos adoecimentos; sendo, portanto, também uma atuação de promoção e prevenção em saúde.

Cabe salientar que essa divisão tem como propósito, sobretudo, auxiliar na sistematização da análise para melhor subsidiar a avaliação e a compreensão do fenômeno da incapacidade, pois a sua complexidade requer o desenvolvimento de ações sincrônica e coordenadas nessas três dimensões. O fluxo das setas no Modelo Lógico deve orientar a leitura numa sequência de “se... então...”: se os insumos previstos estiverem garantidos e as atividades previstas nessas dimensões forem desenvolvidas, então os resultados a curto, médio e longo prazos (produtos, resultados e impactos, respectivamente) serão alcançados.

Para a dimensão “indivíduo”, a perspectiva biopsicossocial e a participação ativa dos trabalhadores estão previstas em todas as atividades do plano de reabilitação. A avaliação da funcionalidade representa o processo inicial de investigação comprehensiva das demandas do trabalhador para retornar ao trabalho ou, em alguns casos, para permanecer no trabalho, devidamente adaptado, apesar do seu estado de saúde. Essa avaliação deve ser feita por um profissional treinado nos referenciais teóricos do programa,

englobando: escuta sensível da narrativa do trabalhador, elaboração da sua história clínica e ocupacional, realização de exame clínico, levantamento dos fatores que geram funcionalidade e aqueles que podem levar à incapacidade prolongada. Propõe-se como referências para os profissionais, o modelo da CIF aplicado para reabilitação de trabalhadores com LER/DORT²² e o modelo ecológico de gerenciamento de caso³.

Na identificação de fatores que geram incapacidade, a equipe também busca identificar as demandas atuais de trabalho na perspectiva do trabalhador para um completo mapeamento da situação a favor ou contra o processo de RT.

A situação de cada trabalhador é levantada por meio de entrevistas e uso de questionários validados²². Após coleta dessas informações, os profissionais avaliadores analisam e discutem o caso com a equipe multiprofissional para a elaboração do plano de reabilitação, que deverá ser apresentado, discutido e validado primeiro com o trabalhador. A implementação de ações de RT se dará mediante a negociação do plano de reabilitação, junto à empresa, e a articulação com a rede assistencial. As ações terapêuticas necessárias para o controle dos sintomas e estabilização do quadro clínico devem abranger ações individuais e em grupo de trabalhadores. O suporte e monitoramento individual consistem em um processo de verificação das demandas de trabalho e apoio social de cada trabalhador para o restabelecimento da confiança e sustentabilidade do retorno.

As atividades no “ambiente de trabalho” incluem a coleta de dados de saúde e de afastamento obtidos no serviço médico da empresa, características de morbidade dos trabalhadores e perfil dos afastamentos do trabalho: quais foram os motivos que levaram ao afastamento? Qual o perfil do adoecimento dos trabalhadores por departamento ou setor? Quanto tempo ficaram ou estão afastados do trabalho? A resposta a essas perguntas ajudará a equipe a planejar e realizar intervenção propriamente dita no ambiente de trabalho voltada para um posto de trabalho específico ou para a melhoria de condições gerais do ambiente e dos processos de trabalho.

No geral, essas atividades visam o estabelecimento de maior abertura na comunicação e negociação com os diferentes níveis hierárquicos da empresa, mediante a realização de reuniões regulares e contatos por telefone com a equipe da empresa responsável pelos trabalhadores em retorno.

A avaliação dos ambientes e processos de trabalho para compreensão do ciclo produtivo e identificação de condições ou situações de risco à saúde do trabalhador deve se dar por meio de avaliação qualitativa de riscos e com a participação ativa deles^{23,24}. Parte-se das demandas do trabalhador em programa e amplia-se o olhar para o coletivo daqueles expostos no ambiente de

trabalho. Como resultado desse processo, a construção de uma pauta de recomendações orientará a mesa de negociação para prevenção da LER/DORT, promoção do RT ou permanência sustentável no trabalho com manejo das (re)agudizações ou agravamento. Atenção singular é dada às situações gerais que se configuram como grave e iminente risco de acidente de trabalho.

A transferência para a empresa da tecnologia de prevenção da incapacidade prolongada consiste em um elemento importante para instrumentalizá-la no reconhecimento das situações de exposição e risco à saúde e adoção de medidas de prevenção, proteção e gerenciamento dos casos de adoecimento e de RT.

As atividades previstas na dimensão “atores sociais” têm como perspectiva o estabelecimento de processos de sensibilização, articulação e negociação com os diversos atores envolvidos no programa. A apresentação ampla do PRT para grupos de atores sociais afins e a discussão de temas relacionados objetivam sensibilizá-los, buscando seu envolvimento como integrantes e corresponsáveis pelo processo. A articulação para

estabelecimento de parcerias visou identificar, dentre os atores, os que têm um papel mais estratégico para o desenvolvimento das atividades previstas no programa.

A mesa de negociação consiste em um processo contínuo que deve ser estabelecido desde a proposição do programa com a participação dos trabalhadores e de seus representantes sindicais. O suporte e monitoramento nessa dimensão são feitos por meio da troca de conhecimentos; transferência de tecnologia com a empresa e o sindicato da categoria; avaliação do contexto pela equipe coordenadora do programa para identificação de barreiras, facilitadores; e reconhecimento de interlocutores-chave no processo de implantação.

Produtos

Após identificação e validação dos “insumos” e das “atividades” necessárias, na terceira coluna do Modelo Lógico (**Figura 2**), identificamos os “produtos” que representam um bem ou serviço resultante do processo de produção de uma ação.

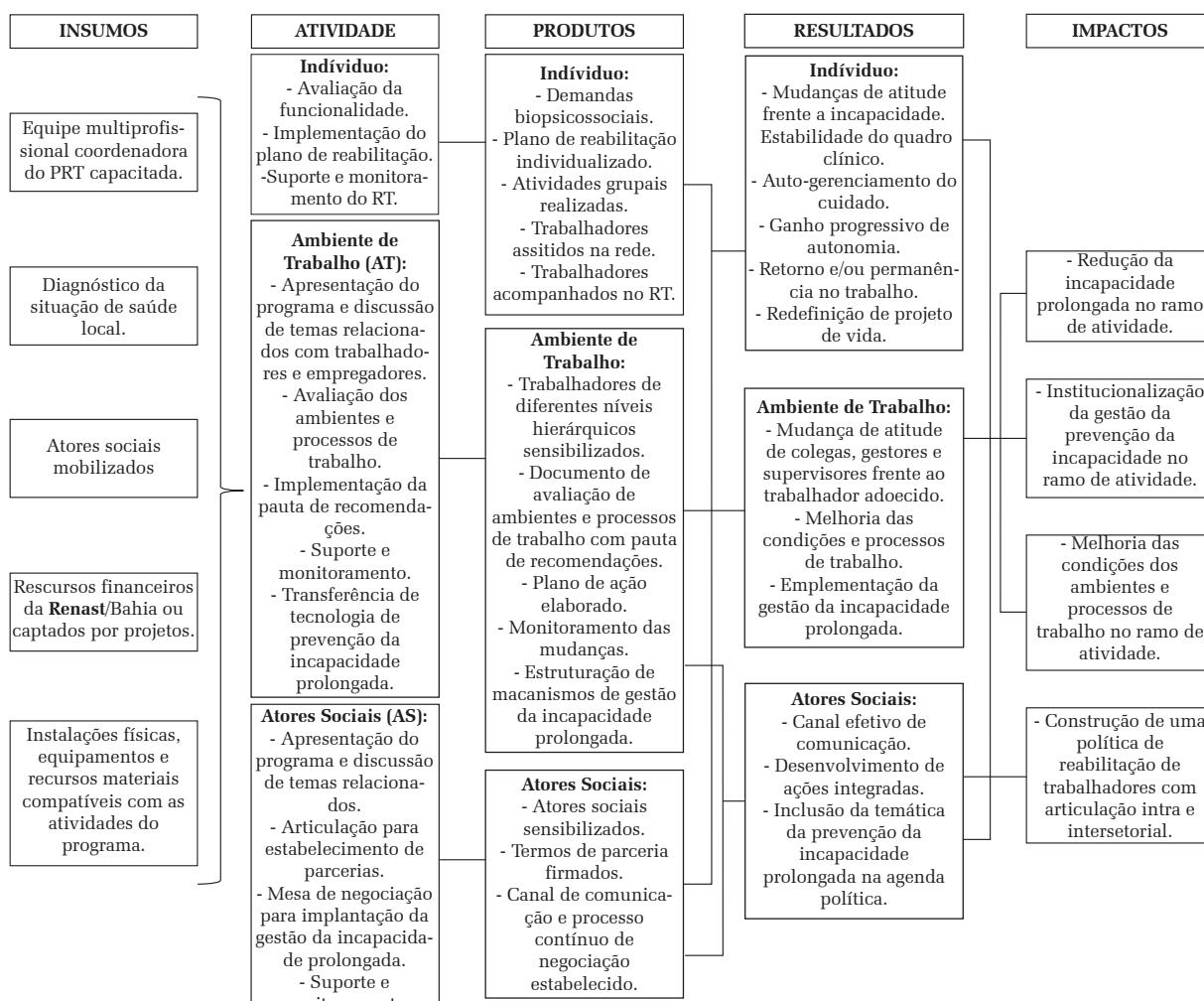


Figura 2. Modelo lógico do Programa de Retorno ao Trabalho (PRT) – Cesat/Bahia

Em relação aos resultados e impactos produzidos pelo PRT, destaca-se que o desenvolvimento de ações coordenadas nas três dimensões (indivíduo, ambiente de trabalho e atores sociais) pode propiciar um ganho efetivo de *empoderamento* tanto dos trabalhadores assistidos pelo programa, como também do seu coletivo, incluídos aí a equipe técnica da empresa responsável pelo acompanhamento dos trabalhadores adoecidos e em processo de retorno. Outros pontos que valem ser ressaltados foram a institucionalização do programa na empresa (mediante portaria) e a introdução das recomendações de modificação das condições em ambientes de trabalho – realizadas pela equipe coordenadora do PRT em projetos de qualidade total e de recuperação de estruturas físicas, bem como organizacionais que já estavam em andamento na empresa. Para o Cesat, pode ser apontado como resultado desse processo a capacitação da equipe da empresa e a introdução do “olhar sobre a incapacidade” nas demandas de assistência e vigilância dos ambientes e processos de trabalho.

Discussão

Sobre a Metodologia

Um desafio enfrentado na construção desse Modelo Lógico foi o de identificar os componentes essenciais da intervenção desenvolvida seguindo, com rigor, os parâmetros do método adotado²¹, de forma a obter um resultado que tivesse utilidade prática e teórica – para além do contexto onde essa foi desenvolvida. Para isso, fez-se necessária a capacitação de alguns membros da equipe pesquisadora no tema avaliação de programas, e uma busca constante de referências internacionais e nacionais para manter o rigor metodológico na análise dos dados e validação do modelo. Seguiu-se, com cautela, o guia da Kellogg²¹: foi verificado se o desenho do programa contemplava a delimitação e a explicação do problema a ser enfrentado, com a intervenção multicomponente, e se as ações planejadas tiveram como referência as proposições de mudanças das causas do problema.

Segundo Cassiolato e Gueresi¹⁸, um aspecto importante na elaboração do modelo lógico é articular uma explícita descrição das ideias, hipóteses e expectativas que constituem a estrutura do programa e o seu funcionamento esperado antes de finalizar a teoria do programa – que consiste na identificação, delimitação e explicação da situação-problema que pretende-se modificar –, e se o desenho (as atividades planejadas) possibilitou o alcance dos resultados almejados. Este estudo aprofundou o conhecimento da equipe sobre a proposta teórico-prática do PRT-Cesat/Bahia e gerou inúmeros debates com diversos atores sociais e interessados na replicação e no potencial de sua incorporação na Renast.

A utilização de modelos lógicos em avaliação de programas para melhoria de serviços (principalmente de saúde) e para pesquisas de avaliação tem sido bastante comum em várias áreas da saúde pública¹⁷. Os benefícios tanto para quem desenvolveu o programa como para outros atores sociais interessados em implantar uma intervenção similar em outro contexto social são muitos¹⁸, dentre os quais: o modelo demonstra com bastante clareza os passos e as relações entre as atividades e recursos do programa e as metas que podem ser alcançadas (fase de planejamento); o modelo explicita o propósito do programa, permitindo monitoramento dos efeitos do programa pelos avaliadores e demais interessados no seu funcionamento; e também oferece uma visão comum entre os atores envolvidos no programa, favorecendo o diálogo entre eles. Essa compreensão da teoria, conteúdo e processos gerou um debate, até então a nível local, sobre as expectativas dos atores sociais e o impacto do programa na perspectiva de construção de uma proposta de intervenção eficaz para prevenção da incapacidade prolongada para o trabalho na rede SUS²⁴.

Sobre os resultados e impactos esperados do programa

A perspectiva da educação permanente está presente neste projeto na centralidade do aprendizado por meio da confrontação do profissional de saúde pela demanda do seu cotidiano laboral. O projeto PRT-Cesat/Bahia nasceu desta inquietação: é preciso dar respostas às demandas dos trabalhadores adoecidos, muitas vezes desvinculados do mercado de trabalho, sem perspectiva de ter acesso a um processo de reabilitação e de RT adequado.

Desenhar o programa, executar a fase piloto e construir o Modelo Lógico do PRT, como parte do processo de avaliação do programa, permitiu que a equipe coordenadora refletisse sobre as várias etapas desse processo, incluindo o impacto e utilidade do programa para essa população. Nesse ponto, foram surgindo muitas oportunidades de diálogo intra e intersetorial. Exemplifica isso pautar – de forma sistemática no interior do Cesat e da própria Renast/Bahia – a importância de explorar essa *expertise* como um recurso potente para tratar dessa temática complexa e pouco valorizada na área da Saúde do Trabalhador. Ressalta-se também a forma de condução dessa pauta, envolvendo grupos de atores sociais, como empresários; grupos de trabalhadores; profissionais de saúde da rede SUS e de empresas privadas; e, inclusive, técnicos da Previdência Social.

Tendo em mente a melhoria contínua dos serviços oferecidos ao trabalhador incapacitado, a construção do Modelo Lógico do PRT-Cesat/Bahia ampliou a comunicação sobre os elementos constitutivos e

os resultados esperados em um programa com essa finalidade. Também aproximou a equipe do Cesat do tema “Retorno ao Trabalho (RT)” e da construção e implantação de programa com essa especificidade. Tratou-se de uma intervenção em várias direções, voltada para uma empresa específica e um conjunto de trabalhadores, para a representação sindical da categoria, mas também para os profissionais de saúde e para o próprio Cesat. Buscou-se levar em conta que a reabilitação e retorno ao trabalho podem ter resultados eficazes quando os riscos e altas exigências do trabalho estão controlados em relação ao desencadeamento e agravamento da LER/DORT e/ou a novos agravamentos da saúde.

Essa experiência é confluente com a literatura ao salientar a importância do debate sobre as expectativas dos atores sociais e uma melhor coordenação de esforços para dar suporte a uma intervenção de saúde²⁵. Nesse caso, a promoção do retorno ao trabalho sustentável depende da integração de ações de assistência e vigilância da saúde dos trabalhadores. Frank²⁶ enfatiza essas ações de prevenção da incapacidade em vários níveis e propõe estratégias diversificadas, similares à proposta do modelo lógico do PRT. Outros estudos comprovam a importância da coordenação e sensibilização entre os atores sociais durante todo o processo de RT^{8,12}.

Na dimensão da intervenção no indivíduo, o foco não é a lesão (física ou mental), mas o impacto do adoecimento sobre a sua vida em todas as esferas^{3,22}. Nesse sentido, as atividades desenvolvidas e/ou mediadas pela equipe multiprofissional possibilitam a interação entre o trabalhador e os vários sistemas envolvidos no seu processo de reabilitação; a promoção de uma ação terapêutica que propicie a ele a compreensão do processo de adoecimento e do impacto na sua vida; e a implicação desse trabalhador no processo de reabilitação, por meio da construção conjunta do seu plano de reabilitação²³.

Refletindo sobre experiências de PRT no Brasil e no mundo, percebe-se que a intervenção voltada para os indivíduos é orientada por uma abordagem compreensiva do fenômeno da incapacidade para o trabalho, que resulta da interação do indivíduo com o ambiente (contexto), não sendo, portanto, a doença ou lesão o seu fator determinante. Nessa compreensão, respalda-se a necessidade de intervenção multiprofissional, de cunho interdisciplinar e intersetorial, com foco na identificação de demandas de reabilitação que consideram o impacto da doença ou lesão na vida dos trabalhadores.

Ainda nessa dimensão, a oferta de assistência individualizada e abordagens terapêuticas grupais (socioeducativa, psicoterápica e corporal) visam possibilitar aos participantes uma compreensão do seu

processo de adoecimento, reconhecimento das possibilidades e dificuldades do corpo no cotidiano, troca de experiências a respeito dos ajustes e adaptações necessárias no dia-a-dia para uma vida mais ativa e funcional, além da estabilização do quadro clínico com ganho progressivo de autonomia¹⁰⁻¹³.

As demandas de reabilitação verificadas nessa dimensão, além de nortearem a elaboração do plano de reabilitação, também funcionam como guia para a intervenção sobre o ambiente de trabalho. A compreensão de todo o processo relacionado à atividade do trabalhador em acompanhamento pelo programa deverá ser guiada pela intenção de verificar os aspectos negativos do ambiente e dos processos de trabalho que representam fatores de risco para o adoecimento, agravamento e/ou obstáculos para o RT. Uma via de mão dupla – do micro para o macro – representa a sua dinâmica e complexidade, voltada não somente para a compreensão dos aspectos relacionados ao trabalhador em acompanhamento, mas também para o coletivo de trabalhadores nos setores inspecionados.

Na dimensão da intervenção sobre o ambiente de trabalho, uma abordagem interdisciplinar da relação processo de trabalho e saúde exige atenção à matriz de atuação dos serviços de vigilância em Saúde do Trabalhador que abrangem o agravio, risco, mapeamento epidemiológico do território e atividade econômica geradora de risco/agravo. No contexto do PRT-Cesat/Bahia, houve a necessidade da aproximação das ações já existentes da vigilância com a literatura internacional sobre a efetividade de intervenções no ambiente do trabalho para o retorno mais sustentável^{22,27,28}. A proposta de articulação entre as ações de assistência e vigilância da saúde do PRT-Cesat/Bahia merece destaque, sobretudo por promover uma atenção integral aos trabalhadores, guiada pelas demandas biopsicossociais destes, porém ampliada para o coletivo de trabalhadores. Nesse sentido, a integração entre assistência e vigilância fortalece a intervenção e garante a aproximação entre prevenção e reabilitação.

Outra característica importante a ser considerada é o estabelecimento de uma mesa de negociação envolvendo a participação da equipe coordenadora e profissionais do PRT, representantes dos trabalhadores e da empresa. Na pauta de recomendações estão aspectos relacionados à remoção/atenção dos obstáculos para o retorno e permanência no trabalho de forma sustentável como, também, voltados para eliminação dos fatores de risco para ocorrência de agravos relacionados a ele (acidente, sofrimento ou adoecimento).

Neste trabalho, a pauta abarcou recomendações em quatro dimensões: “retorno ao trabalho”, “permanência no trabalho”, “situações gerais das

unidades” e “situações de risco de acidentes”. A primeira dimensão teve como foco a implantação e realização de ações que possibilitem o suporte necessário para o retorno do trabalhador de forma mais humanizada e com apoio e suporte de uma equipe capacitada na empresa. A segunda visou promover mudanças nos ambientes e processos de trabalho que possibilitem a manutenção em atividade do trabalhador reabilitado sem agravamento do seu quadro, bem como prevenir o adoecimento do coletivo de trabalhadores. A terceira trouxe recomendações que têm como objetivo a promoção da saúde do coletivo de trabalhadores da empresa. E a quarta incorporou recomendações voltadas para a prevenção de acidentes de trabalho. À exceção das recomendações da última dimensão, as demais tiveram seus prazos de execução negociados pelo Cesat, empresa e representação sindical.

Na dimensão da intervenção sobre atores sociais, o foco é o estabelecimento de um processo de comunicação, articulação e negociação intra e intersetorial com os diversos atores envolvidos no programa, propiciando a discussão, compreensão e construção de consensos para o enfrentamento da complexidade do adoecimento pelo trabalho, da produção da incapacidade e da promoção de um RT sustentável. Tais processos foram desenvolvidos no PRT-Cesat/Bahia mediante a inserção da temática da prevenção da incapacidade para o trabalho em diversos fóruns.

É importante destacar que cada ator social envolvido possui crenças, intenções e interesses que são

determinados por sua posição social, bem como pela ótica de compreensão da problemática da incapacidade para o trabalho e suas relações com os demais atores²⁹. Portanto, esses momentos não são marcados apenas pela convergência. Novamente, dispositivos pedagógicos durante encontros entre os atores sociais permitiram questionar algumas “certezas” e pontos de vista.

Considerações finais

Tendo em vista o papel institucional e o compromisso assumido pelo Cesat para o desenvolvimento de tecnologia de reabilitação e serviços no SUS que atendesse à população de trabalhadores com incapacidade para o trabalho, houve a necessidade prática de se criar um modelo de programa de RT.

Este estudo apresentou a etapa de construção do Modelo Lógico do programa e propõe ampliar o diálogo para etapas subsequentes de disseminação e pesquisas de avaliação.

Como limite, pode-se apontar que o processo de construção e validação do modelo lógico do PRT-Cesat/Bahia se deu com a participação exclusiva dos profissionais de saúde da equipe operacional do programa, não tendo sido possível envolver (apesar de se ter cogitado) os demais atores sociais que participaram da implantação do programa (equipe técnica da empresa e representação sindical).

Contribuições de autoria

Os autores contribuíram igualmente nas diversas fases da investigação e da redação do artigo, que incluíram coleta de dados, análise, redação, revisão e aprovação do texto para publicação, e assumem integral responsabilidade pública pelo seu conteúdo.

Referências

1. Tompa E. Measuring the burden of work disability: a review of methods, measurement issues and evidence. In: Loisel P, Anema JR. Handbook of work disability – prevention and management. New York: Springer; 2013. p. 43-58.
2. Prins R. Sickness absence and disability: an international perspective. In: Loisel P, Anema JR. Handbook of work disability prevention and management. New York: Springer; 2013. p. 3-14.
3. Schultz IZ, Stowell AW, Feuerstein M, Gatchel RJ. Models of return to work for musculoskeletal disorders. *J Occup Rehabil*. 2007;17(2):327-52.
4. Young AE, Viikari-Juntura E, Boot CRL, Chan C, Gimeno Ruiz de Porras D, Linton SJ, et al. Workplace outcomes in work-disability prevention research: a review with recommendations for future research. *J Occup Rehabil*. 2016;26(4):434-47.
5. Young AE, Roessler RT, Wasiak R, McPherson KM, van Poppel MNM, Anema JR. A developmental conceptualization of return to work. *J Occup Rehabil*. 2005;15(4):557-68.
6. Hemp P. Presenteeism: at work - but out of it. *Harv Bus Rev*. 2004;82(10):49-58.
7. Bültmann U, Sherson D, Olsen J, Hansen CL, Lund T, Kilsgaard J. Coordinated and tailored work rehabilitation: a randomized controlled trial with economic evaluation undertaken with workers on sick leave due to musculoskeletal disorders. *J Occup Rehabil*. 2009;19(1):81-93.

8. Lambeek LC, van Mechelen W, Knol DL, Loisel P, Anema JR. Randomised controlled trial of integrated care to reduce disability from chronic low back pain in working and private life. *BMJ*. 2010;340:c1035.
9. Loisel P. Developing a new paradigm: work disability prevention. *ICOH Spec Issue*. 2009;1-5.
10. Costa-Black KM. Core components of return-to-work interventions. In: Loisel P, Anema JR. *Handbook of work disability prevention and management*. New York: Springer; 2013. p. 427-40.
11. Takahashi MABC, Simonelli AP, Sousa HP, Mendes RWB, Alvarenga MVA. Programa de reabilitação profissional para trabalhadores com incapacidades por LER/DORT: relato de experiência do Cerest-Piracicaba, SP. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2010;35(12):100-11.
12. Bartilotti CB, Andrade PR, Varandas JM, Ferreira PCG, Cabral C. Programa de Reabilitação Ampliada (PRA): uma abordagem multidimensional. *Acta Fisiátrica*. 2009;16(2):66-75.
13. Lima MAG, Andrade AGM, Bulcão CMA, Mota EMCL, Magalhães FB, Carvalho RCP, et al. Programa de reabilitação de trabalhadores com LER/ DORT do Cesat/Bahia: ativador de mudanças na Saúde do Trabalhador. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2010;35(12):112-21.
14. Durand MJ, Hong QN. Tools for assessing work disability. In: Loisel P, Anema JR. *Handbook of work disability prevention and management*. New York: Springer; 2013. p. 229-51.
15. Denis JL, Champagne F. Análise de implantação. In: Hartz ZMA (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 48-88.
16. Hartz MZA, Silva LMV. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; Salvador: EDUFBA, 2005. 275p.
17. Domingues RMSM, Hartz ZMDA, Leal MDC. Avaliação das ações de controle da sífilis e do HIV na assistência pré-natal da rede pública do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2012;12(3):269-80.
18. Cassiolato M, Gueresi S. Como elaborar Modelo Lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). 2010 [acesso em: 2019 jun 7];(6).
19. Medina MG, Silva GAP, Aquino R, Hartz ZMA. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZMA, Silva LMV. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; 2005. p. 41-63.
20. W.K. Kellogg Foundation. Logic model development guide. Michigan: W.K. Kellogg Foundation; 2004. 72p.
21. Yin R. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 4. ed. Porto Alegre: Bookman; 2010. 205p.
22. Lima MAG, Neves RF, Tironi MOS, Nascimento AMDN, Magalhães FB. Avaliação da funcionalidade dos trabalhadores com LER/DORT: a construção do Core Set da CIF para LER/DORT. *Acta fisiátrica*. 2008;15(4):229-35.
23. Loisel P, Durand M, Berthelette D, Vézina N, Baril R, Gagnon D, et al. Disability prevention: new paradigm for the management of occupational back pain. *Dis Manag Heal Outcomes*. 2001;9(7):351-60.
24. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado, Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde, Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. Orientações técnicas para ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho: SUS/Bahia. SESAB/SUVISA/DIVAST. Salvador: Divast, 2012.
25. Friesen MN, Yassi A, Cooper J. Return-to-work: the importance of human interactions and organizational structures. *Work*. 2001;17(1):11-22.
26. Frank J, Cullen K. Preventing injury, illness and disability at work. *Scand J Work Environ Health*. 2006;32(2):160-7.
27. Shiri R, Martimo KP, Miranda H, Ketola R, Kaila-Kangas L, Liira H, et al. The effect of workplace intervention on pain and sickness absence caused by upper-extremity musculoskeletal disorders. *Scand J Work Environ Health*. 2011;37(2):120-8.
28. Frank J, Sinclair S, Hogg-Johnson S, Shannon H, Bombardier C, Beaton D, et al. Preventing disability from work-related low-back pain. New evidence gives new hope – if we can just get all the players onside. *CMAJ*. 1998;158(12):1625-31.
29. Murta SG, Abreu S, França CL, Pedralho M, Seidl J, Lira NPM, et al. Preparação para a aposentadoria: implantação e avaliação do programa viva mais! *Psicol Reflexão e Crítica*. 2014;27(1):1-9.