
**REABILITAÇÃO PROFISSIONAL E RETORNO AO TRABALHO:
UMA APOSTA DE INTERVENÇÃO**
*REHABILITACIÓN PROFESIONAL Y RETORNO AL TRABAJO:
UNA APUESTA DE INTERVENCIÓN*
*PROFESSIONAL REHABILITATION AND RETURN TO WORK:
A INTERVENTION BET*

<http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29i149496>

Ana Luisa Poersch e Álvaro Roberto Crespo Merlo
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS, Brasil

RESUMO

Muitas são as dificuldades dos trabalhadores acometidos por doenças ocupacionais para retornar ao trabalho. Esta pesquisa-intervenção teve como objetivo conhecer e se aproximar das experiências do retorno ao trabalho e as implicações na produção de subjetividade em trabalhadores da área hospitalar. Ela foi realizada com grupos de trabalhadores reabilitados de um hospital universitário geral de grande porte, em Porto Alegre, RS. Os encontros (n=8) foram compostos por trabalhadores (n=20) de diversas funções e áreas de trabalho no hospital, que tenham participado de programa de reabilitação profissional e estejam desenvolvendo suas atividades em sua área de origem, ou em novo posto de trabalho. Os resultados apontam para as dificuldades, limitações e para a problematização dos modelos de gestão no trabalho vigentes. Por outro lado, também apontam para a criação de novos modos de trabalhar e viver e para a construção coletiva de estratégias de inventividade.

Palavras-chave: reabilitação profissional; retorno ao trabalho; clínicas do trabalho; saúde do trabalhador; pesquisa-intervenção.

RESUMEN

Muchas son las dificultades de los trabajadores afectados por enfermedades profesionales para regresar al trabajo. Esta investigación tuvo como objetivo conocer y acercarse de las experiencias de retorno al trabajo y sus implicaciones en la producción de subjetividad en los trabajadores hospitalarios. Se llevó a cabo con grupos de trabajadores reabilitados en un hospital general universitario de grande en Porto Alegre, RS. Las reuniones (n = 8) fueron compuestas por trabajadores (n = 20) de distintas funciones y áreas de trabajo en el hospital, que participaron del programa de rehabilitación profesional y ya están desarrollando sus actividades en su lugar de origen, o nuevo puesto trabajo. Los resultados apuntan a las dificultades, limitaciones y a la problematización de los modelos de gestión en el trabajo actual. Por otro lado, también apuntan a la creación de nuevas formas de trabajar y vivir y para la construcción colectiva de estrategias de inventividad.

Palabras clave: rehabilitación profesional; retorno al trabajo; clínicas del trabajo; salud del trabajador; investigación-intervención.

ABSTRACT

Workers affected by occupational illnesses face many difficulties to return to work. This intervention research aimed to approach and understand experiences of return to work and their implications to the subjectivity production of hospital workers who returned to work after participating in a rehabilitation program. The research was conducted with groups of rehabilitated workers within a large university hospital in Porto Alegre, RS. The meetings (8) were held with workers (20) of various functions and areas of the hospital, who had participated in a professional rehabilitation program, and were developing their activities either in their original area or in a new work position. The results point to the difficulties, limitations and to the problematization of current work management models. However, they also indicate the creation of new ways of working and living, in affirmative positions as hospital workers and the collective construction of inventiveness strategies.

Keywords: professional rehabilitation; return to work; work clinics; workers' health; intervention research.

Reabilitação profissional e retorno ao trabalho

Muitas são as dificuldades dos trabalhadores acometidos por doenças ocupacionais para retornar ao trabalho, seja devido às limitações funcionais decorrentes dos adoecimentos, aos obstáculos vivenciados junto às empresas, ou então junto ao INSS e serviços de saúde (Toldrá, Daldon, Santos, & Lancman, 2010). Para os autores, a restrição laboral e o retorno ao trabalho estão entre os aspectos mais complexos das políticas de atenção à saúde do trabalhador:

É necessário pensar a reabilitação profissional para além do que é feito no programa de reabilitação profissional da Previdência Social e da clássica reabilitação clínica oferecida em diferentes serviços de saúde, mas, também, considerá-la como um processo dinâmico de atendimento global do trabalhador que deve envolver as empresas no processo de prevenção, tratamento, reabilitação, readaptação e reinserção no trabalho. (Toldrá et al., 2010, p. 11)

A prática da reabilitação profissional está historicamente ligada aos sistemas previdenciários como resposta pública à questão da incapacidade (Takahashi, Simonelli, Souza, Mendes, & Alvarenga, 2010). Segundo os autores, em seus primórdios, os programas de reabilitação profissional, na perspectiva do então modelo hegemônico denominado “Estado de Bem-estar Social”, reservavam o papel estratégico de regulação econômica no sentido de reduzir o tempo de duração da concessão de benefícios por incapacidade, no intuito de restabelecer o mais rápido possível a condição de contribuinte. Produziam ainda o efeito de eliminar ou reduzir as desvantagens das pessoas com incapacidades, permitindo o retorno ao trabalho (Moom & Geicker, 1998).

Na atual legislação brasileira, o direito à reabilitação profissional é concedido ao dependente, além do segurado, acidentado do trabalho ou não, e se determinou que o segurado, em gozo de auxílio-doença (benefício temporário por incapacidade), impossibilitado de recuperação para sua atividade habitual, “deverá submeter-se ao processo de reabilitação profissional para o exercício de outra atividade.” (Maeno & Vilela, 2010, p. 89). Neste caso, não pode ter o benefício temporário suspenso até que seja dado como habilitado para o desempenho de nova atividade, que lhe garanta a subsistência ou, quando considerado não recuperável, for aposentado por invalidez (Lei n. 8.213/ 1991).

O regulamento da lei previdenciária menciona alguns procedimentos, incluindo a avaliação do

potencial laborativo, a orientação e o acompanhamento da programação profissional, a articulação com a comunidade com vistas ao reingresso no mercado do trabalho e o acompanhamento e a pesquisa da fixação no mercado de trabalho, preferencialmente por uma equipe multiprofissional (Maeno & Vilela, 2010). A mesma legislação isenta a Previdência Social da manutenção do segurado no mesmo emprego ou da sua colocação em outro para o qual for reabilitado, deixando claro que o processo de reabilitação profissional cessa com a emissão de um certificado que indique a função para a qual o reabilitando foi capacitado profissionalmente.

Analisando criticamente a legislação, Maeno e Vilela (2010) são enfáticos ao afirmar que ali é explicitado o resultado esperado, parcial e incompleto, que é a habilitação e a possibilidade de reinserção, e não a reinserção efetiva. Uma preocupação que se mostra contábil e administrativa, cujo processo de recolocação se constrói sob a responsabilidade institucional de orientadores profissionais e não mais de equipes de reabilitação profissional, quando diversos desses orientadores profissionais não têm familiaridade com o mundo do trabalho real e com as suas exigências, posto que:

Seus procedimentos restringem-se à homologação de um processo precário de readaptação que não fica sob a coordenação geral do INSS, mas sim a cargo da empresa de vínculo, com pouca interferência do Estado. Não há sequer um programa de reabilitação profissional traçado por esses orientadores profissionais para cada caso. Com frequência, seus procedimentos restringem-se a entrevistar o reabilitando e a encaminhá-lo à perícia do órgão, solicitando à empresa de vínculo informações sobre o cargo a lhe ser oferecido. (Maeno & Vilela, 2010, p. 91)

Ao final deste processo, na maioria das vezes, sem uma avaliação criteriosa da atividade laboral oferecida pela empresa, promove-se um estágio, que, cumprido de alguma forma, resulta na homologação da reabilitação do segurado, independentemente das condições de possibilidade para uma efetiva reinserção no ambiente de trabalho (Maeno & Vilela, 2010).

Em consonância com as mudanças nos programas de reabilitação profissional, a redução do modelo previdenciário de reabilitação profissional repercutiu no atendimento dos serviços de Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde (SUS). A desassistência atual aos trabalhadores - no que diz respeito à reabilitação, leva à necessidade médica de prolongamento da prescrição de afastamento do trabalho pela permanência da incapacitação, quando

não ocorrem as altas precoces pela perícia médica do INSS, que não considera as questões de prevenção (Takahashi et al., 2010), implicando no aumento do grau de desvantagem dos trabalhadores acidentados e adoecidos por ocasião do retorno ao trabalho - fator diretamente associado à nossa investigação.

A partir deste contexto, a experiência do adoecimento e afastamento das atividades laborais também nos convoca a pensar nas marcas e nos efeitos da atual lógica da produtividade exacerbada - inclusive nos programas de seguridade social - que acabam por designar aos trabalhadores afastados o posto de incapazes e, conseqüentemente, improdutivos (Ramos, Tittoni, & Nardi, 2008), desviantes frente às novas ferramentas de gestão e dispositivos de disciplina e controle.

Não obstante, a experiência de afastamento do trabalho por adoecimento profissional está apontada social e historicamente pela incapacidade e pela insegurança (Ramos, Tittoni, & Nardi, 2008). Tal vivência, conforme os autores, intensifica-se pelo incremento das exigências trazidas pela flexibilização do trabalho, pelo risco do desemprego e pelas dificuldades institucionais e burocráticas que irão atravessar a situação do trabalhador afastado frente à busca de legitimar seus direitos.

O retorno ao trabalho se faz, então, atravessado por estas vivências, particularizadas, confrontadas com os arranjos da organização que já não são mais os mesmos. Compondo equipes que não mais se constituem do mesmo modo e em 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.

Não bastasse o luto pela perda do trabalho e a vivência do sofrimento (físico ou mental) e da incapacidade, a experiência do adoecimento é atravessada ainda pela culpabilização dos trabalhadores, individualizados e solitários em suas patologias. Em estudo realizado no Rio Grande do Sul (Hoefel, Bianchessi, Santos, & Zanette, 2004), foi constatado que a falta de avaliação crítica dos elementos do processo de trabalho como fatores relacionados ao adoecimento tem sido uma marca importante nos discursos médicos e institucionais.

O percurso de retorno ao trabalho, a sua vez, é cercado por burocracias e dificuldades ao trabalhador, tensionadas pela dicotomia Organização *versus* Estado, em seus jogos de poder. Como exemplo, temos a batalha supracitada, em que o INSS - instituição em constante embate interno e que muito

pouco se mostra resolutiva por uma série de entraves históricos e políticos, direciona cada vez mais à empresa, por sua vez, identificada como responsável pelo adoecimento, o encargo de solucionar o impasse, o quanto antes possível, desonerando o Estado no pagamento do auxílio previdenciário. Neste jogo de forças, o trabalhador muito pouco consegue intervir, assistindo passivamente à manipulação de seu corpo, de sua história, e de seu futuro, pautada por interesses que poucas vezes incluem a sua saúde, muito embora a legislação do SUS incentive seu protagonismo (Portaria Interministerial n. 800/2005).

Uma aposta de intervenção

Tomando o trabalho como produção de vida e criação, a experiência do afastamento evidencia um rompimento, imperializa uma pausa nos modos de viver e trabalhar. Para além da experiência de incapacidade, esta investigação pretende potencializar o rompimento, enquanto oportunidade de transformação quando do retorno ao trabalho, enquanto resistência - como sugerem Ramos, Tittoni e Nardi (2008, p. 212), mobilizando “afetos silenciados pelo cotidiano normativo e estafante de trabalho [quando], então, o trabalhador pode vir a descobrir e descobrir-se em outras habilidades e sensibilidades.” Visualizando outros fluxos, produzindo rupturas e até mesmo outros modos de trabalhar.

À luz da Psicodinâmica do Trabalho, Dejours (2004) salienta que a cooperação se refere à vontade das pessoas de superarem coletivamente as contradições da organização do trabalho. Para Merlo e Mendes (2009), a Psicodinâmica do Trabalho visa ao coletivo de trabalho e não aos indivíduos isoladamente, atentando para as estratégias construídas coletivamente para dar conta do trabalho prescrito, evitando o sofrimento e buscando o prazer. De acordo com os autores, após diagnosticar o sofrimento psíquico em situações de trabalho, a psicodinâmica não busca atos terapêuticos individuais, mas intervenções voltadas para a análise da organização do trabalho à qual os trabalhadores estejam submetidos.

Desdobrando a proposta metodológica da Psicodinâmica do Trabalho, a singularidade desta pesquisa nos convoca a aproximações teóricas com correntes francesas contemporâneas em Clínicas do Trabalho. Ao fazer o uso da teoria e do método baseados no que foi originalmente proposto por Dejours, a sua vez pressupondo a indissociabilidade entre a pesquisa e a ação, convocamos os trabalhadores em uma posição ativa de construção de dispositivos e estratégias para o retorno ao trabalho ainda que com

restrições. Uma aposta que explora a dimensão estética da criação, acompanhando processos singulares, discutindo coletivamente alternativas, socializando experiências supostamente individuais e promovendo encontros potentes, com vistas ao fortalecimento destes trabalhadores perante os discursos de produtividade e velocidade supostamente inquestionáveis que perpassam a reinserção laboral.

Ao problematizar as vivências de sofrimento e ruptura decorrentes do adoecimento e afastamento, pretendemos, no retorno ao trabalho, produzir, coletivamente, junto aos trabalhadores, questionamento frente às naturalizações associadas ao lugar de doente e de trabalhador com restrições, confrontando discursos institucionais e de gestão, discutindo a produção e os processos estabelecidos. Criando e ativando, no trabalho e com o trabalho, novos lugares de reconhecimento, vetor fundamental à transformação do sofrimento em criação segundo as análises dejourianas.

A experiência do coletivo pode igualmente suscitar o resgate de laços de solidariedade e cooperação entre trabalhadores, intensamente fragilizados por conta das novas formas de avaliação e gestão. Sabemos que os modelos vigentes têm por objetivo a gestão das subjetividades, através da incorporação por parte dos trabalhadores das metas e dos objetivos das empresas e que busca negar, mediante a valorização da insegurança e competição – dirigindo-se para resultados e não processos - a exploração da força e do trabalho e o conflito capital-trabalho (Gernet & Dejours, 2011; Tittooni & Nardi, 2011).

O investimento em um espaço coletivo pode ainda se oferecer como resistência diante dos discursos que valorizam o empreendedorismo individual, por meio de discussões que propiciem deslocamentos, movimentos e novos questionamentos frente ao que se tem como verdades. Para Dejours (2004), o que é elaborado coletivamente, da vivência no trabalho, transforma a relação subjetiva que os trabalhadores construíram sobre o trabalho e a instituição. Abrem-se, assim, linhas de fuga para novas ativações, discussões e percepções. Saúde, então, é a possibilidade de o sujeito se colocar em condições de habitar as multiplicidades, de construir e experimentar recursos capazes de reconfigurar suas práticas de modo mais criativo (Mendes, Araújo, & Merlo, 2010), tanto na esfera singular quanto coletiva.

Nesse sentido, nossa investigação se propôs a discutir as nuances do retorno ao trabalho, a partir da metodologia denominada ‘pesquisa-intervenção’ (Paulon, 2005; Paulon & Romagnoli, 2010; Passos & Barros, 2000; Rocha & Aguiar, 2003): “pesquisa

implicada, pesquisa-inclinação que produz desvios sobre o campo investigado, pesquisa que não dissocia objeto investigado e sujeito que investiga, sujeito da/na investigação: pesquisa-intervenção” (Paulon & Romagnoli, 2010, p. 95).

Antecipamos, com Paulon e Romagnoli (2010), que não é a técnica, ou o enquadre do campo, que define o caráter de pesquisa-intervenção, senão a posição que o pesquisador ocupa nos jogos de poder, fundamentalmente, sua implicação com a instituição do saber científico, e sua abertura para criar zonas de indagação, de desestabilização, que favoreçam e aflorem o coletivo. Coletivo aqui entendido enquanto um plano povoado de relações e processos moleculares, que trazem o intensivo, “agenciando forças potentes, que afetam e produzem efeitos, e dão passagem a intercessores criados nesses encontros, que conduzem à invenção, a outros modos de expressão” (Paulon & Romagnoli, 2010, p. 96).

Trata-se, então, não de uma metodologia com justificativas epistemológicas, mas sim de um dispositivo de intervenção no qual se afirme o ato político que toda a investigação constitui (Paulon, 2005). Nesta perspectiva, não visamos a mudança imediata de ações instituídas, posto que a mudança aqui é entendida como consequência da produção de uma outra relação entre teoria e prática, assim como sujeito-objeto (Rocha & Aguiar, 2003), o que envolve a afirmação de uma micropolítica do cotidiano e a recusa da individualização e psicologização dos conflitos.

Para este fim, resgatamos, agora com Rocha e Aguiar (2003), a proposta de metodologias coletivas que favoreçam as discussões e a produção cooperativa, com a perspectiva de fragilizar as hierarquias burocráticas e divisões em especialidades que fragmentam o cotidiano e isolam os profissionais. Segundo as autoras, a pesquisa-intervenção, por sua ação crítica e implicativa, “amplia as condições de um trabalho compartilhado” (Rocha & Aguiar, 2003, p. 71).

Inspirados nesta possibilidade, tomamos, com Amador (2011), o trabalho real tensionado em relação ao trabalho prescrito, desde um lugar que resiste à técnica, que está ligado ao fracasso das prescrições, o que convoca à produção de novos saberes por parte dos trabalhadores, estes eminentemente derivados das experiências vividas. Conforme a autora, o olhar se direciona à processualidade, ao percurso, às linhas embaralhadas que podem as forças tomar como travessia, em percursos que podem ser de adesão ao poder ou então de criação face a ele. Para tal, Fonseca e Barros (2010, p. 110) acrescentam que “é preciso partir de análises das situações de trabalho não

para buscar uma forma ideal de trabalhar, mas para analisar os processos que estão em curso e construir, coletivamente, outras/novas formas de organização do trabalho”.

Um trabalho inventivo que se realiza na medida em que é comum, coletivo, produzido em redes de cooperação. É através deste entendimento, somado a uma demanda que se faz ver mediante adoecimento no trabalho que nossa proposta de intervenção se constitui.

Da pesquisa propriamente dita

Integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação e vinculado academicamente à universidade, nosso campo de investigação apresenta-se com a missão de oferecer serviços assistenciais à comunidade gaúcha, ser área de ensino para a universidade e promover a realização de pesquisas científicas e tecnológicas. A integração com diferentes unidades de ensino da universidade se amplia e se consolida ano após ano, com a abertura de novos espaços para a atuação de docentes, acadêmicos e pesquisadores.

Atualmente, o hospital em questão ocupa plenamente sua área física e seus recursos humanos, tendo conquistado reconhecimento como centro de referência em assistência, na formação de profissionais e na geração de conhecimentos. É considerada uma das empresas mais sólidas e eficientes do país, cumprindo sua Missão Institucional e obtendo o reconhecimento e destaque por seu desempenho.

Nossa intervenção foi construída na reunião de grupos de trabalhadores reabilitados deste hospital. A proposta teve início com a discussão a partir do questionamento: como é ser trabalhador reabilitado em um hospital na atualidade?

No total, foram realizados oito encontros, com variação entre 04 e 14 participantes, em um total de 20 trabalhadoras, todas mulheres, que se propuseram, em algum momento, a contribuir com nossa investigação. As reuniões ocorreram em um local identificado com o trabalho de tais profissionais, na própria instituição, em horário fora de seu expediente laboral.

Com uma média de idade de 49 anos (participantes entre 33 e 61 anos), as referidas trabalhadoras exercem diferentes funções e pertencem a distintas áreas de trabalho no hospital, e todas participaram de programa de reabilitação profissional do INSS. Após períodos de afastamento do trabalho que variaram entre 2 anos e 8 anos, atualmente estão

desenvolvendo suas atividades, seja em sua área de origem, seja em novo posto de trabalho, em períodos que variam entre 6 meses e 13 anos de reingresso como profissional reabilitado.

Estabelecendo diálogo com os autores utilizados no percurso teórico e metodológico, buscamos a compreensão dos modos de vida e trabalho destas trabalhadoras reabilitadas, problematizando também os discursos que atravessam a experiência da reabilitação profissional e retorno às atividades. Procuramos ainda identificar em que medida tais questões emergem no cotidiano de trabalho das mencionadas trabalhadoras e quais as estratégias de resistência que dali podem advir.

Com Minayo e Sanches (1993), entendemos que o material primordial da investigação qualitativa é a palavra expressa na fala cotidiana, seja nas relações afetivas e técnicas, seja nos discursos intelectuais, burocráticos e políticos. Nesse aspecto, a análise do material levantado foi efetuada mediante a costura da teoria com a vivência dos trabalhadores, incluindo a pesquisadora.

Desta forma, os eixos de análise, singulares e vivenciais como em toda a investigação, foram se produzindo ao longo da intervenção, a partir dos objetivos propostos, no debate com as trabalhadoras, discussões e orientações acadêmicas. Optamos por compartilhar dois deles neste recorte. As Clínicas do Trabalho e seus interlocutores foram empregados na compreensão dos movimentos produzidos pelas trabalhadoras na vivência do retorno ao trabalho e na construção de estratégias e invenções adotadas no cotidiano do trabalho no hospital.

Em consonância com a metodologia proposta e com as discussões trazidas em grupo, as falas que ilustram esta produção não tiveram as trabalhadoras individualmente identificadas, sobretudo porque entendemos que se tratam de discursos produzidos coletivamente. Discursos ativados ao longo dos encontros, nas discussões, que dizem dos encontros deste lugar de trabalhador reabilitado.

Das dificuldades, ou daquilo que persiste

A dor faz parte de ti, a dor faz parte de ti. Mas, agora, eu sei lidar com a dor que antes eu não sabia. Eu sei qual é a minha limitação, então, se eu não posso fazer, eu não vou fazer porque quem vai sentir dor sou eu.

O retorno às atividades, quando finalmente ele se dá, traz consigo evidências de um corpo que não é mais o mesmo. Memórias e idealizações em relação

ao trabalho outrora exercido convocam o trabalhador a duras confrontações em relação ao novo momento que carece de construções e significados.

A ansiedade de novamente pertencer a uma equipe de trabalho, acompanhada das expectativas de aceitação, acolhimento e aprendizagem, se mostram componentes importantes neste cenário de inseguranças e afirmações:

E eu vou dizer pra vocês, pra mim foi difícil porque eu tinha acabado de me formar na faculdade, eu tava fazendo mestrado, tava perto de apresentar, tive que parar tudo. Eu fiquei doente realmente. Tu parou a tua vida.

A pausa do adoecimento se faz (re)ver de forma intensa no retorno ao trabalho. De um posicionamento passivo ante a seguridade social e médica, precisam emergir sujeitos, ainda fragilizados, como protagonistas, capazes de se reintegrar também a um modelo de mercado que vem se modificando com o passar do tempo: “*Eu tô no Hospital desde 2002. Eu me afastei eu tinha 8 anos de Hospital, fiquei 3 anos fora esperando uma vaga em outra área. Nunca aconteceu, então eu voltei pra mesma área. Tô reabilitada vai fazer 1 ano.*”

No intervalo de tempo em que um trabalhador fica afastado, muitos personagens se movimentam e se modificam no quadro da instituição. E, no momento do retorno, discutimos o quanto maiores esclarecimentos junto às equipes podem se mostrar positivos para uma recepção mais elucidada e tranquila destes trabalhadores, que se bem a alguns possam parecer novos, têm, em sua maioria, uma história prévia de trabalho e dedicação à empresa.

Com Merlo (2014), entendemos que a relação com o trabalho é estabelecida na relação com o outro. Para tal, o trabalhador aporta uma contribuição - que a sua vez repousa sobre uma mobilização de recursos bastante profunda:

Por que as pessoas aportam essa contribuição? É porque, em troca dessa contribuição, elas esperam uma retribuição. E que retribuição elas esperam? O que as pessoas esperam, acima de tudo, é uma retribuição moral. É a dimensão moral e simbólica que conta. O que as pessoas esperam é que se reconheça a qualidade do trabalho. A qualidade de sua contribuição. (Merlo, 2014, p. 17)

Essa retribuição pode passar, eventualmente, por premiações de ordem financeira, salarial, etc. No entanto, sabemos que, apesar da importância destes reconhecimentos, o verdadeiro impacto psicológico está ligado a uma dimensão simbólica.

Entendemos então que através da via do reconhecimento a reinserção e a permanência no

trabalho podem se mostrar processos mais sensíveis e permeáveis ao funcionamento das equipes, aparentemente tão engessados à realidade hospitalar. Contudo, ao longo das discussões, ao problematizar acerca deste tema, chegamos a uma constatação interessante: a de que a dinâmica do reconhecimento, no funcionamento da instituição em questão, geralmente se dá por meio de um olhar externo, já que, entre pares, esta verificação é rara.

A atividade do trabalho é complexa, disso não abrimos mão. Ela envolve não apenas a execução técnica e operacional de regras e procedimentos, mas também uma diversidade de habilidades e competências demandadas pelas situações laborais (Amazarray, Câmara & Carlotto, 2014). Abrange ainda um universo de relações hierárquicas e burocráticas muito específico, em se tratando do trabalho no hospital.

Assim, e considerando a gama de agenciamentos envolvidos no processo de trabalho, apostamos que, quanto mais espaço de acolhimento, criação e discussão as equipes forem capazes de proporcionar, melhores serão as possibilidades de implicação destes trabalhadores reabilitados, desde seu reingresso, no desempenhar de tarefas e demais rotinas cotidianas.

Por outro lado, cientes dos modos em que a gestão vem sendo pensada e conduzida nos ambientes hospitalares, podemos inferir as dificuldades que tais práticas encontram para se constituir. Temas como sobrecarga de trabalho, rotinas assoberbadas, competição entre pares, perpassaram todas as discussões nos grupos, e nos ajudam a problematizar os entraves que se formam, dificultando relações de cooperação. Dejours (2004) ressalta que a cooperação refere-se, sobretudo, à vontade das pessoas de trabalharem juntas e de superarem coletivamente as contradições que surgem da própria natureza ou da essência da organização do trabalho. Para haver cooperação, é preciso troca, paridade, confiança. E para isso, apostamos, é necessário um espaço para o coletivo se construir discursivamente.

Segundo o autor, tendo em vista o cenário do trabalho na contemporaneidade, reafirmar a confiança enquanto dimensão irreduzível do trabalho, da qualidade, segurança e seguridade pode parecer mais um sonho utópico. Por outro lado, partindo do pressuposto de que trabalho é muito mais do que a execução de atividades - sendo também uma relação social, ele envolverá, em razão disso, um conjunto complexo de relações entre o sujeito e aqueles que com, e para quem, ele trabalha: “o trabalho pressupõe invenção e apropriação de saber-fazer coletivo” (Gernet & Dejours, 2011, p. 63).

Aqui temos uma aposta para criação, para a problematização do instituído, para reflexão e proposição de alternativas. O coletivo de trabalho é sempre constituído em torno de regras de trabalho comuns que derivam da construção do próprio coletivo (Gernet & Dejours, 2011). Na ausência disso, de acordo com os autores, há apenas um grupo ou uma reunião de pessoas que podem, eventualmente, compartilhar interesses comuns.

Mas a gente tem que falar as coisas, não dá pra gente deixar, porque se a gente não falar, ninguém vai saber o que tá acontecendo com a gente. E daí todo mundo "tá, reabilitado, reabilitado, trabalhando como funcionário normal", mas a gente não é funcionário normal.

Como então propiciar espaços de criação e discussão coletivos em meio às exigências rígidas do trabalho hospitalar? Seria esta própria pesquisa um dispositivo para tal?

Não podemos, todavia, prosseguir nossa discussão sem lançar um olhar à gestão de pessoas, tema que, direta ou indiretamente, atravessou nossos encontros, por onde passaram muitas das limitações compartilhadas, e ao mesmo tempo, linhas de fuga e possibilidade. Através dos relatos, pudemos perceber o quanto a variabilidade das condutas entre chefias e demais agentes de supervisão se mostra diretamente relacionada aos modos como a equipe trabalha, e o próprio funcionário reabilitado, com esta condição: *"E dentro da própria supervisão elas... como é que é... eu não sei se elas sabem, ou elas se fazem que não sabem, elas não respeitam as restrições que a gente tem. Elas fazem tipo um testezinho assim"*.

Em recente publicação (Bianchessi, Dantas, Poersch, & Ramos, 2014), os autores compartilham o quanto, muitas vezes, as lideranças não estão preparadas ou mesmo dispostas a discutir temas ligados aos processos de trabalho que tenham relação com o adoecimento dos trabalhadores, que, a sua vez, denunciam, ocasionalmente, a dificuldade que as chefias têm em gerenciar o trabalho de suas equipes e eventuais restrições laborais. Os ajustes relacionados aos períodos singulares, de cada sujeito que retorna às atividades, não são previsíveis, o que torna cada processo muito peculiar no que tange ao investimento de todos os profissionais envolvidos (Bianchessi et al., 2014).

Muitos detalhes passam despercebidos por parte das chefias que não tenham experiência, ou sequer conhecimento do significado do programa de reabilitação profissional. Em nossos encontros, apontamos que para estas, além de esclarecimentos

pertinentes a questões legais e jurídicas, poderia ser oferecido um momento de discussão a despeito dos demais atravessamentos que perpassam a reinserção do trabalhador reabilitado. *"Mas é o tipo da coisa, como eu tava dizendo, é a má administração, porque se a chefia, principalmente os nossos supervisores, entrassem nas áreas, tivessem conhecimento... Porque elas sabem quem trabalha e quem não trabalha."*

Considerando as atuais discussões acerca da gestão e poder gerencialista (Gaulejac, 2007), precisamos pensar no significado que tem, para qualquer chefia na instituição, receber um funcionário reabilitado, com limitações em sua produção, e que sabidamente ocupa uma vaga comum, posto que não há permissão para a manutenção de quadros extras no hospital. Os indicadores e metas são construídos baseados em situações ideais de trabalho, e é sob esta ótica que as lideranças são cobradas.

É paradoxal ter que atender a um programa do Estado (no caso, o da reabilitação), em uma instituição que pertence ao mesmo Estado e na qual ele próprio oferece dificuldades à sua execução. Uma linha de análise construída nas discussões sugere direcionar um olhar mais qualificado às lideranças nas equipes, que, pressionadas, se mostram equivocadas em muitas conduções. Imaginamos que também a elas caibam esclarecimentos a respeito de muitas dúvidas inerentes ao programa.

Não obstante, em tempos de valorização do discurso da qualidade, os efeitos da lógica gerencialista se mostraram em relatos que ultrapassam a questão da reabilitação profissional. Percebemos que, em um primeiro momento, as trabalhadoras participantes reconheciam suas dificuldades diretamente associadas à reabilitação. No entanto, sempre que ampliávamos as situações e discussões, surgiam apontamentos de uma ordem maior, que remetem novamente aos modos contemporâneos de condução do trabalho na saúde.

Nos grupos, tratamos de nos implicarmos em tais discussões, na busca de efetivas contribuições acerca dos efeitos destes modelos de gestão no cotidiano dos trabalhadores. Para além do sofrimento - evidente nas falas e na condição de reabilitado, problematizamos sobre como este tipo de administração se faz ver nas relações de trabalho e o quanto cada trabalhador, para além do cargo ocupado, transmite e repete eventuais modalidades de violência – algumas evidenciadas nos próprios encontros. Não sem dificuldades, pudemos nos escutar e pensar, no tocante a possibilidades e limites relativos às especificidades das áreas de trabalho.

Debates intensos, caminhos possíveis, oportunidades de invenção de modos de existir e produzir. Entendemos, com Passos (2009, p. 14), que é deste movimento que aventamos:

Trata-se de fazer atravessar (transversalizar) os níveis molar e molecular, micro e macropolítico. Realidade social e realidade desejante se distinguem, mas não se separam de tal maneira que não possamos pensar a mudança das formas de organização do *socius* sem pensarmos na alteração dos modos de subjetivação. (p. 14)

Das possibilidades, ou daquilo que resiste

A experiência do retorno ao trabalho, atravessada por tantas dificuldades, mostrou-se, na mesma intensidade, satisfatória. Ainda que diversas situações tenham sido compartilhadas em relação aos impasses advindos do processo doloroso de afastamento e consequente reintegração, o fato de retornar ao universo laboral se destacou como fator importante de saúde mental.

Sabemos que o fato de estar inserido em uma empresa não é garantia de segurança quanto à manutenção da empregabilidade. O cenário do trabalho, em constante transformação, convoca os trabalhadores, especialmente estes, após longo período de pausa, ao confronto com diferenças no que concerne ao funcionamento do hospital.

As (novas) organizações do trabalho demandam um trabalhador mais flexível, com habilidades pessoais e de relacionamento que permitam e incentivem o trabalho em equipe, estas consideradas tão importantes quanto as habilidades técnicas para a função (Nardi, 2006, p. 66):

O trabalhador deve se tornar mais “autônomo” (embora a informática tenha permitido um controle direto da produtividade, sem a necessidade de níveis hierárquicos intermediários), com maior poder para tomar decisões sem a supervisão dos chefes imediatos... Em contraponto, deve assumir os riscos da produção. (Nardi, 2006, p. 66)

Dispostos a assumir estes riscos, ou então a resistir a tal chamamento, a maioria dos trabalhadores reabilitados associa o retorno às atividades a um significado maior do trabalho:

Bom, o que me faz assim, acordar todos os dias pra mim vir trabalhar não é motivação, né? O que me faz vir, eu acho, assim, que é o convívio aqui, sabe, o convívio que tu tem com as outras pessoas, porque faz falta. Tu ficar só em casa, te faz falta o convívio. Sociali... Socialização, né? E tu te sentir útil, tu te sentir assim de uma forma ou de outra, nosso trabalho nos faz, nos torna...

Em se tratando de um retorno, muitas falas apontam para a continuidade de um trabalho outrora iniciado. Independente do cargo ocupado - e apesar de todas as dificuldades - o reingresso ao hospital parece carregar um significado peculiar, associado à valorização e ao respeito social desta atividade.

Aqui resgatamos o quanto o trabalho tem duplo caráter: se, por um lado, é dispêndio de força motriz, desgaste, consumo de energia, por outro, o trabalho humano é intencional, tem produção de conteúdo significativo para quem o exerce (Araujo, Busnardo, Marchiori, Lima, & Endlich, 2002). Dessa maneira, a atividade ganha sentido se o ser humano consegue se reconhecer no conteúdo da tarefa que realiza, e o trabalho no hospital se mostra relevante.

A identificação com o ambiente (inclusive físico, de circulação) hospitalar se revela um fator interessante na nossa discussão. Após episódio de adoecimento e afastamento, o retorno fica atrelado à saúde, à produção de saúde – ainda que com dor:

Eu digo: às vezes não é por ter algum problema pessoal, ou por ter algum problema de saúde que tu tem que deixar a peteca sair, sabe? Tu não pode se dar por vencida, entendeu? Tem que dar a volta por cima, entendeu, e buscar força, energia, porque às vezes até a forma como tu interage com as pessoas, sabe, aquilo te faz um bem. Tem dias que eu saio daqui, sabe, ai, meu Deus, que coisa boa, tu fica aquela coisa assim, não tem como tu explicar (...) uma sensação tão gostosa, uma coisa tão boa de simplesmente se sentir querida e amada pelas pessoas.

Definitivamente, o trabalho aqui não é somente um modo de ganhar a vida – é também uma forma de inserção social na qual os aspectos psíquicos e físicos estão fortemente implicados. Sabemos que ele pode ser um fator de deterioração, de envelhecimento e de doenças graves, “mas pode também se constituir em um fator de equilíbrio e de desenvolvimento” (Dejours, Dessors, & Desriaux, 1993, p. 98).

O reconhecimento com respeito ao trabalho hospitalar, relacionado nos grupos ao cuidado contínuo, urgente e complexo, também convoca as trabalhadoras a uma responsabilidade no que tange ao funcionamento da instituição em geral, quando por vezes colocam sua dor em segundo plano, frente à demanda do paciente, que, em última análise, é sempre trazido como beneficiário primordial nas ações de trabalho. E então o reconhecimento é maior do que a dor.

Considerações finais

Yves Clot (2010) considera que as transformações no trabalho só conseguem se manter, de forma duradoura, quando passam pela ação dos

próprios coletivos de trabalho. Para ele, esse é o motivo que, clinicamente, a análise do trabalho busca apoiar os coletivos em seus esforços para a ampliação de seu poder de agir no seu meio. Diz ele: “A ação transformadora duradoura não poderá, portanto, ser delegada a um especialista da transformação, a qual não se pode tornar, sem graves decepções para os agentes da demanda, um simples objeto de expertise” (Clot, 2010, p. 118).

Esvaziada de seu sentido, a atividade do sujeito se vê amputada de seu poder de agir quando os objetivos da ação em vias de se fazer estão desvinculados do que é realmente importante para o trabalhador, e quando outros objetivos válidos, reduzidos ao silêncio, são deixados em suspenso: “essa desvitalização da atividade é uma modalidade habitual da atrofia do poder de agir” (Clot, 2010, p. 16).

Nas linhas desta escrita, nos inúmeros momentos de encontros, pudemos produzir sentido em relação ao trabalho no hospital, resgatando histórias de corredor, emoções cotidianas, detalhes que afirmam da escolha de dedicar um corpo à produção de saúde em outro corpo, ainda que pondo sua saúde em risco.

A amputação - aqui tão concreta nas limitações físicas e restrições ocupacionais - em momento algum se doou ao poder de agir, ao desejo de transformação que permeou a realização de todos os grupos. Espaços em que a queixa, dolorosa muitas vezes, cedeu espaço à criação, à invenção.

Compartilhamos com Silva (1998, p. 33) o quanto os encontros com trabalhadores hospitalares seguem gerando indagações: “Do ponto de vista destes sujeitos, quais são os encontros felizes e os acontecimentos desejados? Destes, quais têm encontrado condições de possibilidade? Sobre quais invisibilidades podemos e devemos lançar focos de luz?”

Dentro do hospital, em meio a ruídos, interrupções, atrasos, saídas antecipadas, estar ali, fez sentido. Apesar da dor. A dor do reabilitado, esta com a qual não se sabe lidar, ela não é física.

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.

Referências

- Amador, F. S. (2011). Produção de imagens, subjetivação e trabalho penitenciário: uma contribuição às clínicas do trabalho. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(2), 358-373.
- Amazarray, M. R., Câmara, S. G., & Carlotto, M. S. (2014). Investigação em saúde mental MP âmbito da saúde pública no Brasil. In Á. R. C. Merlo, C. G. Bottega, & K. V. Perez (Orgs.), *Atenção à saúde mental do trabalhador: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho* (pp. 75-92). Porto Alegre: Evangraf.
- Araujo, M. D., Busnardo, E. A., Marchiori, F. M., Lima, M. F., & Endlich, T. M. (2002). Formas de produzir saúde no trabalho hospitalar: uma intervenção em psicologia. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 5, 37-49.
- Bianchessi, D. L. C., Dantas, F. F., Poersch, A. L., & Ramos, M. Z. (2014). Sobre uma construção em atenção em saúde mental e trabalho na empresa. In Á. R. Merlo, B. Crespo, C. Garcia, & K. V. Perez (Orgs.), *Atenção à saúde mental do trabalhador: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho* (pp. 117-132). Porto Alegre: Evangraf.
- Clot, Y. (2010). *Trabalho e poder de agir*. Belo Horizonte: Sobrefactum.
- Dejours, C. (2004). O trabalho como enigma. In S. Lancman & L. I. Sznelman (Orgs.), *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho* (pp. 127-139). Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo 15.
- Dejours, C., Dessors, D., & Desrioux, F. (1993). Por um trabalho fator de equilíbrio. *Revista de Administração de Empresas*, 33(3), 98-104.
- Gernet, I. & Dejours, C. (2011). Avaliação do trabalho e reconhecimento. In P. F. Bendassolli & L. A. P. Soboll (Orgs.), *Clínicas do trabalho: novas perspectivas para a compreensão do trabalho na atualidade* (pp. 61-70). São Paulo: Atlas.
- Fonseca, T. M. G. & Barros, M. E. B. (2010). Entre prescrições e singularizações: o trabalho em vias da criação. *Fractal, Revista de Psicologia*, 22(1), 101-114.
- Gaulejac, V. (2007). *Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social*. Aparecida, SP: Ideias & Letras.
- Hoefel, M. G. L., Bianchessi, D., Santos, A., & Zanette, S. (2004). Intervenção interdisciplinar em saúde e trabalho no Hospital de Clínicas de Porto Alegre: grupos com proposta terapêutica para o tratamento de pacientes com lesões por esforços repetitivos. In Á. R. C. Merlo (Org.), *Saúde e trabalho no Rio Grande do Sul: realidade, pesquisa e intervenção* (pp. 191-213). Porto Alegre: UFRGS.
- Lei n. 8.213, de 24 de julho de 1991. (1991). Dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República.
- Maeno, M. & Vilela G., R. A. (2010). Reabilitação profissional no Brasil: elementos para a construção de uma política pública. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35(121), 87-99.
- Merlo, Á. R. C. (2014). Sofrimento psíquico e atenção à saúde mental. In Á. R. C. Merlo, C. G. Bottega, & K. V. Perez (Orgs.), *Atenção à saúde mental do trabalhador: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho* (pp. 12-29). Porto Alegre: Evangraf.

- Merlo, Á. R. C. & Mendes, A. M. B. (2009). Perspectivas do uso da psicodinâmica do trabalho no Brasil: teoria, pesquisa e ação. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 12(2), 141-156.
- Minayo, M. C. S. & Sanches, O. (1993). Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3), 239-262.
- Moom, W. & Geicker, O. (1998). Disability: concepts and definitions. In Disability and work. *Encyclopedia of occupational health and safety* (CD-ROM). Geneva: OIT.
- Nardi, H. C. (2006). *Ética, trabalho e subjetividade*. Porto Alegre: UFRGS.
- Passos, E. (2009). Quando o grupo é a afirmação de um paradoxo. In R. B. Barros (Org.), *Grupo: a afirmação de um simulacro* (pp. 11-19). Porto Alegre: Sulina.
- Passos, E. & Barros, R. B. (2000). A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(1), 71-79.
- Paulon, S. M. (2005). A análise de implicação com ferramenta na pesquisa-intervenção. *Psicologia & Sociedade*, 17(3), 18-25.
- Paulon, S. M. & Romagnoli, R. C. (2010). Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 10(1), 85-102.
- Portaria Interministerial n. 800, de 03 de maio de 2005. (2005). Publica o texto base da Minuta de Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho e dá outras providências. Brasília, DF: Ministérios do Trabalho da Previdência Social e da Saúde.
- Ramos, M. Z., Tittoni, J., & Nardi, H. C. (2008). A experiência de afastamento do trabalho por adoecimento vivenciada como processo de ruptura ou continuidade nos modos de viver. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 11(2), 209-221.
- Rocha, M. L. & Aguiar, K. F. (2003). Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. *Psicologia: ciência e profissão*, 23(4), 64-73.
- Silva, C. O. (1998). Trabalho e subjetividade no hospital geral. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 18(2), 26-33.
- Tittoni, J. & Nardi, H. C. (2011). Subjetividade e trabalho. In A. D. Cattani & L. Holtzmann (Orgs.), *Dicionário de trabalho e tecnologia* (pp. 375-378). Porto Alegre: Zouk.
- Takahashi, M. A. B. C., Simonelli, A. P., Sousa, H. P., Mendes, R. W. B., & Alvarenga, M. V. A. (2010). Programa de reabilitação profissional para trabalhadores com incapacidades por LER/DORT: relato de experiência do Cerest-Piracicaba, SP. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35(121), 100-111.
- Toldrá, R. C., Daldon, M. T. B., Santos, M. C., & Lancman, S. (2010). Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um centro de referência em saúde do trabalhador. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35(121), 10-22.

Submissão em: 09/05/2015

Revisão em: 22/11/2015

Aceite em: 23/12/2015

Ana Luisa Poersch é psicóloga, mestre pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional. Linha de pesquisa “Políticas Públicas, Saúde, Trabalho e Produção de Subjetividade” (PPGPSI/UFRGS).
Endereço: Rua Luiz Manoel, 133/303, Bairro Santana, Porto Alegre/RS. CEP 90040-390.
E-mail: analuisapoersch@yahoo.com.br

Álvaro Roberto Crespo Merlo é médico, professor orientador do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional. Linha de pesquisa “Políticas Públicas, Saúde, Trabalho e Produção de Subjetividade” (PPGPSI/UFRGS).
E-mail: merlo@ufrgs.br