



FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA E SAÚDE

CRISTIANE MIDORI TAKASU

**REABILITAÇÃO PROFISSIONAL EM TRABALHADORES DE UM
COMPLEXO HOSPITALAR TERCIÁRIO**

São José do Rio Preto

2018

CRISTIANE MIDORI TAKASU

**REABILITAÇÃO PROFISSIONAL EM TRABALHADORES DE UM
COMPLEXO HOSPITALAR TERCIÁRIO**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Lazslo Antônio Ávila

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP

2018

Takasu, Cristiane Midori

Reabilitação profissional em trabalhadores de um complexo hospitalar terciário / Cristiane Midori Takasu - - São José do Rio Preto, 2018.

xvii, 87fls.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP. Programa de Pós-graduação em Psicologia e Saúde. Área de Concentração: Psicologia e Saúde.

Professional rehabilitation in workers of a tertiary hospital complex.

Orientador: Prof Dr Lazslo Antônio Ávila

1.*Reabilitação Profissional*; 2. Saúde Mental; 3. Sofrimento psíquico

CRISTIANE MIDORI TAKASU

**REABILITAÇÃO PROFISSIONAL EM TRABALHADORES DE UM
COMPLEXO HOSPITALAR TERCIÁRIO**

BANCA EXAMINADORA

DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE

Presidente e Orientador: Prof. Dr. Lazslo Antônio Ávila

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

**1ª Examinadora: Profa. Dra. Cristina Elena Prado Teles
Fregonesi**

**Instituição: Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita
Filho”**

2º Examinador: Prof. Dr. Gerardo Maria de Araújo Filho

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

São José do Rio Preto, 15/03/2018

SUMÁRIO

Dedicatória	vii
Agradecimentos	viii
Epígrafe	ix
Lista de figuras e tabelas	x
Lista de apêndices e anexos	xii
Lista de abreviaturas e símbolos	xiii
Resumo	xiv
Abstract	xvi
Introdução.....	1
Reabilitação Profissional	6
Revisão sistemática.....	10
Objetivos primários	13
Objetivos secundários	14
Método e aspectos éticos	14
Participantes.....	16
Materiais	17
Procedimentos.....	17
Plano de análise dos dados.....	17
Resultados.....	18
Discussão	49
Conclusão.....	55
Considerações finais	56

Anexos e apêndices	62
--------------------------	----

Dedicatória

Dedico este trabalho primeiramente a Deus.

Aos meus pais e irmãos, que sempre me apoiaram nos meus estudos e estão presentes em todas as etapas da minha vida de forma incondicional.

Ao meu namorado, Amilton, mais conhecido como Juninho, que com muito carinho e apoio, foi companheiro nestes anos de estudo.

Aos profissionais que acreditam ser possível a reabilitação profissional.

Agradecimentos

À diretoria da Famerp, pela oportunidade de estudo e à diretoria Funfarme por permitir realizar esta pesquisa nesta instituição. Às coordenadoras da pós-graduação, pelo incentivo e orientação, quando eu acreditava não ser possível conciliar os estudos com o trabalho. Às secretárias da pós-graduação, Esmeralda e Nilmara, por todas as orientações burocráticas. Aos professores da pós-graduação pelo aprendizado.

Um agradecimento especial aos trabalhadores que responderam gentilmente a pesquisa.

Agradeço a compreensão de pessoas especiais, quando minha presença não foi possível e quando minha preocupação e atenção pareciam se voltar exclusivamente para este trabalho, obrigado Mãe, Pai, irmãos, amigos e colegas de trabalho.

Um obrigado especial ao meu namorado Juninho pelo incentivo e por me ajudar nos longos períodos de procrastinação. Por todas as apetitosas jantas, louças lavadas e roupas estendidas, pelo bem da ciência. Obrigada à querida amiga Fernanda Carla pelas conversas, reflexões e com quem convivi nestes anos em São José do Rio Preto. Aos colegas de trabalho, o meu muito obrigado pela paciência.

Ao meu orientador Prof Dr. Lazslo, o qual tenho grande admiração pelo seu trabalho, o mais sincero agradecimento pela confiança, aprendizado e dedicação no desenvolvimento deste trabalho.

Agradeço à banca examinadora Dra. Cristina e Dr. Gerardo pelos sugestões e contribuições científicas.

Epígrafe

“Desistir...eu já pensei seriamente nisso, mas nunca me levei realmente a sério; é que tem mais chão nos meus olhos do que o cansaço nas minhas pernas, mais esperança nos meus passos do que tristeza nos meus ombros, mais estrada no meu coração do que medo na minha cabeça”.

Cora Coralina

Lista de figuras e tabelas

FIGURA 1:	Caracterização da revisão sistemática dos trabalhos publicados em base de dados eletrônica, entre 2010 a 2015, com foco em reabilitação profissional	11
TABELA 1:	Caracterização da amostra de trabalhadores reabilitados na Funfarme quanto a idade, tempo de empresa, sexo, estado conjugal e escolaridade (n=30)	18
TABELA 2:	Caracterização da principal ocupação profissional/cargo antes e após a reabilitação profissional na Funfarme (n=30)	20
FIGURA 2:	Autopercepção da lesão ou doença ser impedimento ao trabalhador reabilitado (N=30)	21
FIGURA 3:	Ausência do trabalhador reabilitado, no trabalho, nos últimos 12 meses, por motivo de saúde (n=30)	22
FIGURA 4:	Autopercepção da capacidade de desenvolvimento do trabalho atual, daqui a 2 anos, considerando a sua saúde (n=30)	23
TABELA 3:	Porcentagem do trabalhador reabilitado em relação à percepção da apreciação das atividades diárias, do sentimento de estar ativo e alerta e cheio de esperança (n=30)	23
FIGURA 5:	Autopercepção dos trabalhadores reabilitados em relação à capacidade atual para o trabalho. Pontuação de 0 a 10 (n=30)	24
TABELA 4:	Resultado do escore índice de capacidade ao trabalho referente aos trabalhadores reabilitados (n=30)	25
TABELA 5:	Comparativo dos trabalhadores reabilitados com a pesquisa de	52

Martinez et al. (2009)

Lista de apêndices e anexos

ANEXO 1:	Parecer Comitê de Ética em Pesquisa	61
APÊNDICE 1:	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	63
ANEXO 2:	Questionário Índice de Capacidade para o Trabalho	64

Lista de abreviaturas e símbolos

CAAE:	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPES:	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CID:	Classificação Internacional de Doenças
FAMERP:	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
FUNFARME:	Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto
HB:	Hospital de Base
ICT:	Índice de Capacidade ao Trabalho
INSS:	Instituto Nacional do Seguro Social
MPS:	Ministério da Previdência Social
OMS:	Organização Mundial de Saúde
SUS:	Sistema Único de Saúde
T.O.:	Terapeuta Ocupacional
UINT:	Unidade Intermediária de Tratamento
USP:	Universidade de São Paulo

Takasu, C. M.; Lazslo, A.A. (2018). *Reabilitação profissional em trabalhadores de um complexo hospitalar terciário*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/SP.

Resumo

Introdução: O trabalhador adoece muitas vezes em decorrência da função exercida, da sobrecarga de trabalho e às vezes dupla jornada. Em muitas situações o trabalhador é levado a extrapolar os seus limites físico-emocionais ocasionando em um afastamento do trabalho. Esta pesquisa foi desenvolvida na Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto – Funfarme, complexo hospitalar terciário. Levou-se em consideração os dados da Previdência Social e o contexto no município de São José do Rio Preto- SP para avaliar o processo de reabilitação profissional e os aspectos psicológicos envolvidos. **Objetivo:** Identificar os principais aspectos do sofrimento psíquico e a ressignificação do trabalho na nova função, além de traçar o perfil dos trabalhadores reabilitados, levando-se em conta o cargo, o setor e as condições sócio-histórico-familiares. Objetivou-se também verificar a prevalência de trabalhadores reabilitados da área assistencial comparada a outras áreas de atuação, além de verificar a relação do trabalho pré e pós troca de função, cargo e/ou setor. **Material e Método:** Estudo transversal com amostra por conveniência dos trabalhadores que concluíram o programa de reabilitação profissional do INSS de janeiro de 2012 a junho de 2017. Levantamento dos prontuários e aplicação do instrumento Índice de Capacidade para o Trabalho. **Resultados:** Entrevistados 100% dos trabalhadores que concluíram o programa de reabilitação profissional na Funfarme entre janeiro de 2012 e junho de 2017. Observou-se que a média de idade foi 45,7 anos, sendo 87% mulheres. A média de tempo de trabalho na empresa foi de 14,07 anos; 74% eram auxiliares ou técnicos de enfermagem e 26% eram da área

operacional. Do total, 57% mudaram de função. Observou-se que 77% dos trabalhadores reabilitados se ausentaram até 24 dias em um período de um ano, devido às consultas médicas, exames ou problemas de saúde. Quanto à autopercepção em relação a capacidade laborativa, 87% responderam ser provável que daqui a dois anos consigam desenvolver o trabalho atual e 64% relataram apreciar as atividades diárias. Em um escore de zero a dez, 80% atribuíram pontuação acima de oito pontos para sua capacidade de trabalho atual. **Conclusão:** O adoecimento e o afastamento foram processos significativos para resultar no sofrimento psíquico. Observou-se que o retorno ao trabalho acarretou em ansiedade e insegurança. O acompanhamento pela equipe multiprofissional fez com que os trabalhadores reabilitados se sentissem aptos e capazes a desempenhar as atividades, independente do setor e função no qual foram designados.

Palavras-chave: Reabilitação profissional; Saúde mental; Sofrimento psíquico.

Abstract

Introduction: The workers often fall ill as a result of the exercised function, of overload work and sometimes double journey. In many situations, the worker is taken to extrapolate the physical-emotional limits, causing an absence from the work. This research was developed in Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto – Funfarme, tertiary hospital complex. It took in consideration Social Security data and the context in the São José do Rio Preto- SP city to evaluate the process of professional rehabilitation and the psychological aspects involved. **Objective:** Identify the main aspects of psychic suffering and the resignification of work in the new function, besides outlining the profile of the rehabilitated workers, taking into consideration the role, the department and the socio-historical-family conditions. It was also to verify the prevalence of rehabilitated workers in the care area compared to other areas, in addition to verify the pre and post function change, role and/or department. **Material and Method:** Cross-sectional study with sample for convenience of the workers concluded the INSS professional rehabilitation program from January 2012 to June 2017. Survey of medical records and application of the Work Ability Index instrument. **Results:** Interviewed 100% of the workers who concluded the professional rehabilitation program in the Funfarme between January 2012 and June 2017. It was observed that the mean age was 45,7 years, being 87% women. The average working time in the company is 14,07 years; 74% are nursing auxiliary or technical and 26% are from the operational area. 57% of total changed their roles. It was observed that 77% of rehabilitated workers were absent up to 24 days in a period of one year, because doctor`s appointments, exams or health problems. Regarding self-perception in relation

to work capacity, 87% responded that it was probably that two years they can develop the current work and 64% reported enjoying daily activities. In a score of 0 to 10, 80% scored above eight points for your ability to the current job. **Conclusion:** The illness and remoteness were significant processes to result in psychic suffering. It was observed that the return to work resulted in anxiety and insecurity. The monitoring by the multiprofessional team made the rehabilitated workers feel apt and capable to develop activities, independent of the department and function in which has been designated.

Key words: Professional rehabilitation. Mental health. Psychic suffering.

Introdução

Na sociedade contemporânea o trabalho pode ser definido como um esforço intencional que produz consequências em seu ambiente, nas aspirações e estilo de vida. As pessoas que trabalham são consideradas produtivas, interessantes e responsáveis. Por outro lado, se por ventura vir a adoecer, deixam de produzir e, conseqüentemente, tornam-se improdutivas. “Em suma, o trabalho é forte elemento na construção da identidade do ser humano que convive bem consigo mesmo, acredita em si e sente-se digno” (Zanelli, 2008, p.109).

A partir do momento que o indivíduo tem conhecimento do diagnóstico de uma doença, esta situação pode acarretar em uma série de mudanças em sua relação interpessoal, na capacidade de enfrentamento das situações, na forma de pensar e lidar com a vida. Brito e Barros (2008) corroboram:

A rotina, as ocupações e tarefas que eram executadas até então podem ser alteradas em função do tipo e gravidade da doença e do tratamento proposto, forçando o indivíduo a adaptar-se a novas exigências, superar dificuldades e obstáculos que até o momento não eram vivenciados (Brito e Barros, 2008, p.142).

Contudo, esta fase após o diagnóstico é um período no qual o indivíduo possui dificuldades em aceitar e desconsidera-se qualquer perspectiva de futuro. O surgimento da doença acaba por favorecer na aquisição de ganhos secundários que outrora não haveriam. Em muitas situações há a dificuldade em libertar-se desta condição podendo trazer prejuízos emocionais:

Nesses casos, o indivíduo passa a se ver e a se comportar exclusivamente como um doente, reforçando situações de dependência, regressão ou depressão, posicionando-se passivamente frente à vida e à sua condição clínica e de tratamento. Tal postura vem a interferir de forma decisiva em sua recuperação ou adaptação (Brito e Barros, 2008, p.143).

Outros autores ratificam o desinteresse do trabalhador afastado em retornar ao trabalho. “Ganhos secundários, apego ao benefício, execução de outra atividade de forma autônoma associada, valor do benefício maior que o salário da empresa atual, vínculo ‘fantasma’ comumente denominado, quando, na verdade, torna-se vinculado à empresa apenas para ter direito ao benefício” (Vacaro e Pedroso, 2012, p.05).

Desta forma, “a existência da resistência nos obriga então a reconhecer que o sujeito se encontra ainda presente” e “indica a efetividade do desejo que circula entre os corpos” (Birman, 2017, p.10). Contudo, na sociedade disciplinar (Foucault, 1979/2013), mesmo que contra a vontade, os indivíduos são submetidos à vigilância perpétua e a constantes observações. Neste sentido, a vigilância dos trabalhadores afastados se dá por meio de exames e perícias médicas, permitindo classificar, medir e qualificar os que devem retornar ao trabalho ou não e, ainda, com quais condições.

Para alguns trabalhadores esta imposição disciplinar pode implicar na mudança de função, de atividade, na perda do status e na percepção de que a nova atividade há pouca importância. As consequências psicológicas podem afetar diretamente a autoestima e a identidade. “O trabalhador acaba realizando uma atividade percebida como vazia, insignificante, desprezível, o que afeta diretamente sua autoestima e sua identidade” (Canal e Cruz, 2013, p.599).

Com isto, o trabalhador pode sentir-se inferiorizado devido às inúmeras restrições médicas impostas e, em alguns casos, é necessário abdicar de seu cargo/função que fora exercida por anos. É essencial a ressignificação do trabalho, do cargo e inclusive da vida. Surge então o sofrimento psíquico, a ansiedade do que está por vir e o sentimento de impotência.

O sofrimento está envolvido com os demais aspectos da vida, com os sistemas simbólicos, a significação para o sujeito que o vive e no contexto onde vive; sua relação com o trabalho, com os direitos de cidadão, com a inclusão e a exclusão (Dalmolin, 2006. p. 65).

Em afastamentos com período superiores a 15 dias, o trabalhador é encaminhado para o Instituto Nacional do Seguro Social – INSS e permanece em auxílio-doença. Após este período, o mesmo pode ser encaminhado para o retorno ao trabalho através do Programa de Reabilitação e Readaptação Profissional, atividade prevista na legislação previdenciária – art. 90 da Lei nº 8.213/91 e art. 77 do Decreto nº 3.048/99 - que tem como principal intuito oferecer ao segurado incapacitado para o trabalho formas de reinserção ao mercado de trabalho. O trabalhador afastado é encaminhado à perícia médica para que seja avaliado e encaminhado ao Programa de Reabilitação Profissional. Conforme Ramos (2005), o profissional é avaliado por uma equipe multiprofissional sendo composta por: psicólogo, fisioterapeuta, assistente social, médico, entre outros. Tem-se a intenção de ampliar a percepção do indivíduo na sua totalidade.

Um dado significativo de 2012 divulgado pela Previdência Social (Brasil, 2013) é que havia aproximadamente 31.401 (trinta e um mil quatrocentos e um) segurados que

poderiam ser encaminhados à reabilitação profissional para retornarem ao mercado de trabalho e somente um pouco mais de 50% é que foram de fato reabilitados. Número considerado pela Previdência Social aquém do esperado. Por este dado, observa-se que seria importante uma melhor organização institucional tanto pela espera quanto devido à necessidade por este serviço. O texto acrescenta ainda que há 34.970 (trinta e quatro mil, novecentos e setenta) trabalhadores aguardando a primeira consulta.

Dados atualizados do Ministério da Previdência Social (Brasil, 2017) apontam que no estado de São Paulo havia 234.770 (duzentos e trinta e quatro mil, setecentos e setenta) segurados que se encontram em benefício por auxílio-doença. Esta quantia representa 3,6% do total de 21.722.092 (vinte e um milhões, setecentos e vinte e dois mil e noventa e dois) da população economicamente ativa. Ressalta-se com estes dados a necessidade do INSS de investir na Reabilitação Profissional como principal saída do segurado que se encontra em benefício para que o mesmo reingresse de forma adequada ao mercado de trabalho e reduza o tempo e a quantidade de trabalhadores em auxílio-doença.

Neste contexto, o trabalhador reabilitado é sujeito ativo do processo. É dotado de anseios, expectativas, inseguranças e o movimento de retorno ao mercado de trabalho pode gerar sofrimento psíquico, fazendo com que o mesmo tenha dificuldades em aceitar a nova condição. Dejours (1949/1992) assegura que: “o sofrimento psíquico começa quando a relação homem-organização está bloqueada; quando o trabalhador usou ao máximo de suas faculdades intelectuais, psicoafetivas, de aprendizagem e de adaptação” (Dejours 1949/1992, p.52) e, desta forma, atingiu-se um nível elevado de insatisfação.

Poersch, Ramos e Silva (2010) afirmam que o local de trabalho e as atividades anteriores são lugares socialmente legitimados e reconhecidos. E os rompimentos decorrentes do adoecimento repercutem nas relações sociais, no autorreconhecimento e no reconhecimento social. Foucault (1975) afirma que a doença e a sua existência devem ser compreendidas em sua totalidade, tendo como referência a sua história e o contexto no qual ela está inserida, e não somente pela literatura ou com uma análise tipo naturalista.

E por esta compreensão, trata-se de restituir, ao mesmo tempo, a experiência que o doente, anormal ou sofredor, e o universo mórbido para o qual se abre esta consciência de doença, o mundo a que visa e que ao mesmo tempo constitui. Compreensão da consciência doente e reconstituição do seu universo patológico, tais são as duas tarefas de uma fenomenologia de doença mental (Foucault, 1975, p.57).

No âmbito da Reabilitação Profissional, Durand (2010) considera curado quando o indivíduo consegue formular planos. Ainda no pensamento do trabalhador ser corresponsável no seu processo de retorno ao trabalho, Ramos (2005) ratifica que o mesmo deve fazer uma reflexão de seus potenciais laborativos, identificando quais atividades tem capacidade de desenvolver. Desta forma, a equipe envolvida no processo de reabilitação profissional necessita estar atenta para que se possa ouvir, criar vínculos, fortalecer e auxiliar na reconfiguração do trabalho, além de criar estratégias de enfrentamento.

Martinez, Latorre e Fischer (2009) afirmam que “a capacidade para o trabalho se tornou um importante indicador por abarcar os aspectos relativos à saúde física, bem-

estar psicossocial, competência individual e condições do trabalho” (Martinez et al., 2009, p.526).

Reabilitação Profissional

O Programa de Reabilitação Profissional é um serviço que tem como objetivo auxiliar o trabalhador que possui alguma restrição física e/ou psíquica a retornar ao trabalho. Este Programa é assegurado pela Constituição Federal e administrado pelo Ministério da Previdência e Assistência Social por meio do INSS (Cestari e Carlotto, 2012).

Como definição, a palavra reabilitação é originária do latim *rehabilitation* que significa restauração, recuperação, constituída por *re*, “de novo”, mais *habilitare* “adequar, adaptar, hábil ou apto”. Reabilitar, conforme afirmam Canal e Cruz (2013), significa então adquirir novamente uma habilidade perdida ou reduzida.

Maeno e Vilela (2010) explicam que a reabilitação, inicialmente, tinha como objetivo restituir parcialmente ou totalmente o trabalhador. Tinha-se o conceito de “readaptação profissional” e “reaproveitamento do empregado acidentado”. Com o passar do tempo, houve uma mudança na visão em relação a estes trabalhadores afastados. Passou a ser um programa estruturado, composto por uma equipe multiprofissional, com o intuito de auxiliarem na superação das dificuldades por meio do desenvolvimento de atividades terapêuticas e profissionalizantes, a fim de contribuir no retorno deste trabalhador (Cestari e Carlotto, 2012).

O programa visa além da estabilização física, a ampliação de movimentos e de força, atua no processo de estabilização psicossocial, possibilitando a integração

nas relações sociais, cotidianas e de trabalho, através de uma identidade ressignificada. O objetivo do programa de reabilitação deve ser o estabelecimento de condições fundamentais para que seus beneficiários atinjam o melhor índice possível de inclusão em seu meio, em bases justas. (Cestari e Carlotto, 2012).

Conforme a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (OMS, 2004) entende-se a incapacidade por meio de dois modelos: biomédico e social. O modelo biomédico vê a doença como algum problema de saúde física ou trauma, tratando a doença de forma objetiva e direta, necessitando de intervenção individual. Já no modelo social, há a integralidade do indivíduo com a sociedade e o ambiente no qual está inserido, sendo assim, um problema não só individual, mas social. Canal e Cruz (2013) apontam para a necessidade de intervenção social e, assim, a incapacidade deixa de ser individual e passa a ser um complexo conjunto de condições, abrangendo todas as áreas da vida social e coletiva.

A reabilitação profissional vista sob este ângulo é entendida como parte do processo de intervenção que incide sobre o indivíduo de modo articulado com a intervenção sobre o processo terapêutico e sobre as condições nocivas de trabalho, que gerarão agravo e/ou acolherão novamente o trabalhador (Maeno e Vilela, 2010, p. 02).

Este Programa está consolidado na Funfarme há mais de dez anos e vem se aprimorando com o passar dos anos. O acompanhamento destes trabalhadores que são inseridos no programa de reabilitação profissional é estruturado pelo setor de Recursos Humanos e conta com a parceria de uma equipe multiprofissional composta

por psicólogo, terapeuta ocupacional, médico do trabalho, médico psiquiatra, enfermeiro e outros profissionais da área da saúde.

O setor de Recursos Humanos fica responsável por acompanhar e coordenar todas as etapas Programa de Reabilitação Profissional. Contudo, toda a equipe é responsável também por auxiliar, orientar e esclarecer todas as dúvidas que surgirem no decorrer da reabilitação profissional.

. Desde o início o trabalhador reabilitado fica ciente de todas as suas responsabilidades e deixa-se claro que, para a efetividade do seu retorno ao trabalho, o mesmo deve ser um sujeito ativo e participativo.

Após o encaminhamento das documentações pelo INSS para o início da reabilitação profissional é realizada uma entrevista inicial com o trabalhador no setor de Recursos Humanos. Tem-se o objetivo de levantar dados referentes aos aspectos sociais, constituição familiar, anseios e expectativa, além da compreensão do motivo pelo qual culminou no seu adoecimento e afastamento. Investiga-se o interesse deste trabalhador em retornar ao trabalho. Após a entrevista inicial, o trabalhador é encaminhado para a Medicina do Trabalho, Saúde e Bem-Estar para realizar a avaliação médica, psiquiátrica, psicológica e física.

Com os dados e as avaliações em mãos, verificam-se as possibilidades de adaptações ou desenvolvimento de novas atividades, mudança de cargo e/ou setor. Juntamente com o supervisor do setor, há as orientações das novas atividades. Caso o trabalhador aceite a nova proposta de trabalho, por 30 dias o trabalhador passar por um treinamento para adaptação das novas atividades. Caso não aceite, verificam-se novas propostas de atividades. Durante este período de treinamento, há o

acompanhamento no local de trabalho pelo setor de recursos humanos e da terapeuta ocupacional. Após a conclusão do treinamento, o mesmo retorna ao INSS e recebe alta, para, definitivamente, ser reinserido na instituição. Durante os próximos 90 dias, são realizadas ao menos duas avaliações de acompanhamento e visitas no local de trabalho para orientações. Após este período, as avaliações de acompanhamento são realizadas a cada seis meses.

A Instituição conta com uma parceria com o INSS por meio de contatos telefônicos e reuniões para discussão de caso. Possibilitando, assim, a troca de saber e as informações pertinentes ao processo, eliminando ruídos de comunicação e informação.

A receptividade com que a Funfarme integra este trabalhador reabilitado, desde o setor de Recursos Humanos até a equipe de trabalho faz toda a diferença. O mesmo sente-se acolhido e consciente de todas as etapas que irá passar até a sua completa reintegração.

Maeno e Vilela (2010) ressaltam que o retorno ao trabalho ocorre quando há certa estabilidade do quadro clínico e não implica em ausência total da dor. Acrescenta ainda que, durante o período de afastamento, são necessários a realização de condutas terapêuticas para que o estado físico e psíquico esteja o mais estável possível.

Portanto, observa-se que no modelo biopsicossocial a abordagem é muito mais ampla e complexa já que as diferentes dimensões inerentes ao viver, ou seja, as dimensões psíquicas, interpessoais, laborais e sociais, tem que ser levadas em consideração.

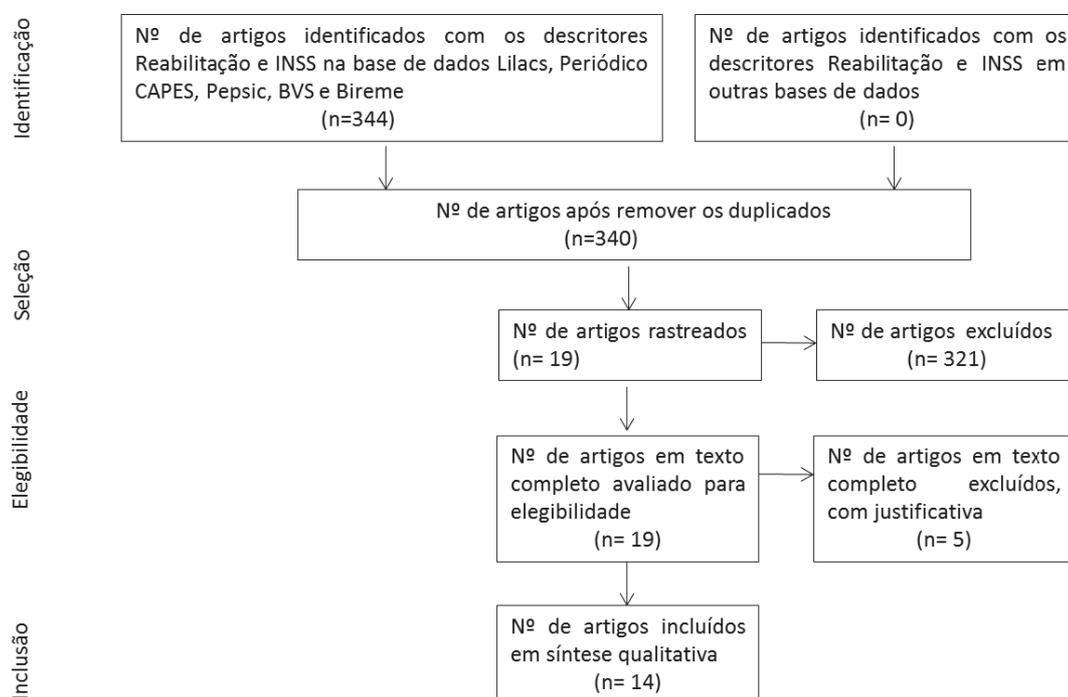
Revisão sistemática

Para uma melhor compreensão acerca do assunto, a primeira etapa desta pesquisa constituiu-se na revisão sistemática. Buscou-se artigos e trabalhos publicados nas bases de dados eletrônicas: Lilacs, Periódicos CAPES, Pepsic, Biblioteca Virtual de Saúde e Bireme. As bases de dados foram selecionadas por apresentarem maior número de produções nacionais em saúde. Os descritores utilizados foram: Reabilitação Profissional e INSS. Levantou-se um total de 344 publicações e, destas, 19 são de 2010 a 2015, período de tempo considerado significativo para esta investigação. Observou-se que na Biblioteca Virtual de Saúde houve uma quantidade significativa de trabalhos publicados no período anterior a 2010. Esta revisão sistemática foi organizada conforme a recomendação PRISMA, organizada em três fatores de exclusão:

1. Artigos duplicados dentre as bases de dados – excluindo-se quatro publicações;
2. Artigos rastreados somente dos últimos cinco anos, sendo de 2010 a 2015 – excluindo-se 321 publicações;
3. Artigos fora da temática – excluindo-se cinco publicações.

Ao final do levantamento, 14 trabalhos foram selecionados para leitura e análise do conteúdo.

FIGURA 01:



Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA*
 Tradução para o idioma português do documento: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. Disponível em: www.prisma-statement.org. Traduzido por: Taís Freire Galvão e Thais de Souza Andrade Pansani; retro-traduzido por: David Harrad

Caracterização da revisão sistemática dos trabalhos publicados em base de dados eletrônica, entre 2010 a 2015, com foco em reabilitação profissional.

Com leitura na íntegra das 14 publicações, observou-se que haviam: artigos publicados em revistas, dissertação de mestrado, trabalho de conclusão de pós-graduação, além de um manual de readaptação, restrição funcional e reabilitação funcional. Destes trabalhos, menos de 50% foram encaminhados para o Comitê de Ética. As publicações contemplavam pesquisas reflexivas, levantamento de prontuários, relatos de experiência de trabalho ou de estágio, e revisão sistemática. A maior parte das publicações destes trabalhos - mais de 50% - estavam concentrados na região Sudeste e as demais se distribuíam entre as regiões Norte e Sul do país.

Dentre as propostas de melhorias sugeridas nos artigos foram apontadas as seguintes demandas:

- ✓ Criação de modelos de intervenção nas políticas públicas para o tratamento de trabalhadores em auxílio-doença (Canal e Cruz, 2013);
- ✓ Promoção de grupos terapêuticos e oficinas com trabalhadores reabilitados (Poersh, et al., 2010);
- ✓ Elaboração de um comitê multidisciplinar e acompanhamento do trabalhador afastado (Schveitzer, 2014);
- ✓ Melhoria na percepção das condições de trabalho e visão crítica do programa de reabilitação profissional (Vacaro e Pedroso, 2012);
- ✓ Integração das políticas de saúde nas estratégias das empresas (Diniz et al., 2010);
- ✓ Melhoria na coleta dos dados pelo INSS para avaliação do estado de saúde do segurado (Farias, 2013).

Observou-se que a maior parte dos textos selecionados direcionavam o enfoque para o modelo biomédico. Este direcionamento se deu devido a grande parte das publicações terem sido elaboradas por profissionais da saúde, tais como fisioterapeutas, médicos e terapeutas ocupacionais. Embora houvessem trabalhos publicados por psicólogos e assistentes sociais, constatou-se uma maior preocupação com as perdas funcionais, capacidade laboral e em traçar o perfil do público selecionado. Somente dois artigos priorizaram a escuta qualificada e acolhimento como enfoque de pesquisa e, apesar disto, não se observou a abordagem quanto ao sofrimento psíquico.

Concluiu-se com essa revisão sistemática, a necessidade de mais estudos qualitativos e quanti-qualitativos que permitissem o aprofundamento da compreensão dos aspectos envolvidos no afastamento do trabalho e no retorno do trabalhador afastado, que pudessem envolver as dimensões psíquicas, familiares, interpessoais, laborais e sociais. Estes estudos poderiam contribuir no aperfeiçoamento dos mecanismos da reabilitação profissional, na melhoria da saúde mental e física dos trabalhadores, além de seus reflexos na sociedade.

Desta forma, levando-se em consideração os dados da Previdência Social, o contexto no município de São José do Rio Preto- SP, o processo de reabilitação profissional e os aspectos psicológicos envolvidos, o presente trabalho foi desenvolvido na Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto – Funfarme, complexo hospitalar terciário de saúde, que possui 85% de seus atendimentos direcionados aos pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS. Almejou-se identificar nestes trabalhadores reabilitados, informações significativas quanto ao programa de reabilitação profissional da Funfarme, no intuito de promover o desenvolvimento de melhores processos reabilitativos e novas indicações de pesquisa nesta área.

Objetivos primários

Identificar os principais aspectos do sofrimento psíquico e a ressignificação do trabalho pela nova função. Além de verificar os novos modos de vida necessários após o processo de reabilitação profissional.

Objetivos secundários

Traçar o perfil dos trabalhadores reabilitados da Funfarme, levando-se em conta o cargo, o setor, as condições sócio-histórico-familiares e os motivos do afastamento. Verificar a prevalência de trabalhadores da área de assistência direta ao paciente e verificar a relação do trabalho pré e pós troca de função, cargo e/ou setor.

Para esta pesquisa realizou-se a revisão sistemática para identificar as principais publicações acerca da temática.

Método e aspectos éticos

O estudo foi realizado na Funfarme, no município de São José do Rio Preto, que está localizado a noroeste do estado de São Paulo.

Quanto ao instrumento Índice de Capacidade ao Trabalho – ICT (Fischer, Cordeiro, Monteiro e Bellusci, 2010), sua utilização e reprodução foram autorizadas pela Prof. Dra. Frida Marina Fischer da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, coordenadora da tradução do instrumento para o português. O teste foi fotocopiado e utilizado para fins acadêmicos.

Todos os entrevistados participaram da pesquisa somente após serem informados sobre os riscos e os benefícios e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética - CAAE: 61309416.9.0000.5415, parecer nº 1.816.800 (Anexo 1) e seguiu as normas do Conselho Nacional de Saúde 466/12. Respeitaram-se as exigências formais contidas

nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Após a aprovação do comitê de ética esta pesquisa foi subdividida em três etapas:

1. Revisão sistemática: levantamento dos estudos relacionados à reabilitação profissional em bases de dados eletrônicas.
2. Pesquisa quantitativa: aplicação do instrumento ICT com os trabalhadores reabilitados.
3. Pesquisa qualitativa: entrevistas abertas, com a utilização de gravador e anotações para posterior transcrição e extração dos dados.

Realizou-se um estudo transversal de caráter descritivo exploratório com tratamento estatístico dos dados. A amostra foi por conveniência com os trabalhadores que concluíram o programa de reabilitação profissional na Funfarme entre janeiro de 2012 a junho 2017 e que se encontravam trabalhando na Instituição.

Os participantes da pesquisa responderam ao instrumento ICT, questionário fechado de autoaplicação. O questionário era constituído por sete questões fechadas referentes à autopercepção para com as exigências físicas, mentais, de trabalho e a própria capacidade para o trabalho. Além disso, os participantes poderiam assinalar dentre os 51 tipos lesões e doenças que acreditavam possuir, além de sinalizarem quais delas havia diagnósticos médicos. Após o preenchimento das respostas, foram classificadas de acordo com as orientações do manual. Os resultados compreendiam uma pontuação de 7 a 49 que retratavam o próprio conceito do trabalhador sobre sua capacidade para o trabalho – autopercepção. Sendo os escores mais baixos (7 a 27)

avaliados como baixa capacidade ao trabalho e os mais altos (44 a 49) avaliados como ótima capacidade ao trabalho.

Ainda no instrumento ICT foi possível avaliar as questões de forma individual e puderam-se observar quais trabalhadores, áreas e funções que necessitariam de medidas de apoio e requereriam cuidados especiais. Desta forma, com base na somatória das respostas a uma série de questões, o instrumento ICT auxiliou na obtenção do panorama geral a respeito da capacidade para o trabalho, da capacidade funcional e dos fatores que o afetam.

Para complementar os dados da pesquisa, houve o levantamento de prontuário no setor de Recursos Humanos da Funfarme. Foram coletadas as informações necessárias à elaboração do perfil do trabalhador reabilitado tais como: classificação da doença conforme o CID – 10 (Classificação Internacional de Doenças), mudanças quanto ao setor, cargo, atividades, carga horária e horário de trabalho ao longo da vida profissional.

Participantes

Participaram da pesquisa quantitativa 30 trabalhadores, de ambos os sexos, da Funfarme que concluíram o Programa de Reabilitação Profissional do INSS, no período de janeiro de 2012 a julho de 2017 e que se encontravam ativos na Instituição, constituindo assim, a totalidade dos trabalhadores reabilitados deste período. Para a pesquisa qualitativa, selecionou-se ao menos um trabalhador de cada ano para a entrevista aberta, totalizando dez participantes.

Materiais

Para esta pesquisa efetuou-se a aquisição do instrumento ICT e a impressão dos questionários. Todo valor utilizado para o desenvolvimento do projeto foi custeado pela pesquisadora. Esta pesquisa não possuiu qualquer tipo de patrocínio ou financiamento.

Procedimentos

Para a tabulação e análise dos dados, as respostas foram codificadas e digitadas em uma planilha do programa Microsoft Excel®. Foram aplicados testes de normalidade estatísticos simples e não paramétricos. Utilizou-se de figuras e tabelas. A análise estatística dos dados obtidos foi realizada com o auxílio dos softwares Bioestat 5.3. Para a pesquisa qualitativa houve a utilização de um gravador e as entrevistas foram transcritas na íntegra.

Plano de análise dos dados

Para os dados quantitativos, foram realizadas análises estatísticas descritivas. As evidências existentes na literatura foram compiladas e comparadas com os resultados encontrados na pesquisa.

Quanto à análise qualitativa, procurou-se extrair dos entrevistados os conceitos e as percepções acerca da temática buscando identificar os aspectos comuns e divergentes. Analisou-se o conteúdo categorizando por relevância teórica ou reiteração dos dados.

Resultados

Análise quantitativa

Entrevistou-se 30 trabalhadores (n=30) de ambos os sexos, conforme o critério de inclusão, que concluíram o Programa de Reabilitação Profissional da Funfarme de janeiro de 2012 a junho de 2017. Os 30 trabalhadores constituem a totalidade da amostra.

A Tabela 1, caracterização da amostra de trabalhadores reabilitados (N=30), representa o perfil dos trabalhadores reabilitados entrevistados quanto à idade, tempo de empresa, sexo, estado conjugal e escolaridade.

TABELA 1

Caracterização da amostra de trabalhadores reabilitados na Funfarme quanto a idade, tempo de empresa, sexo, estado conjugal e escolaridade (n=30).

	Média ± DP	Mínimo – Máximo
Idade (anos)	45,77 ± 7,44	26 – 59
Idade que começou a trabalhar (anos)	13,2 ± 3,44	7,0 – 22
Tempo de trabalho (anos)	14,08 ± 5,51	0,25 - 26
	n (%) IC= 95%	
Sexo		
Feminino	26 (87)	
Masculino	4 (13)	
Estado Conjugal		
Solteiro (a)	5 (17)	
Casado (a)	14 (47)	
Vive com companheiro (a)	6 (20)	
Separado (a) / Divorciado (a)	3 (10)	
Viúvo (a)	1 (3)	
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	2 (7)	
Ensino Fundamental Completo	1 (3)	
Curso Técnico de 1º Grau completo	0 (0)	

Ensino Médio Incompleto	1 (3)
Ensino Médio Completo	7 (23)
Curso Técnico de 2º Grau Completo	9 (30)
Faculdade Incompleta	5 (17)
Faculdade Completa	5 (17)
Pós-graduação incompleta/completa	0 (0)

Nota. DP = Desvio padrão; IC = Intervalo de confiança

Em relação ao perfil dos trabalhadores reabilitados entrevistados, houve a predominância do sexo feminino, representados por 87%, e 13% são do sexo masculino. Observou-se que é proporcional se comparado à composição geral do quadro de trabalhadores da Instituição, ou seja, a Funfarme possui 75% de trabalhadores do sexo feminino e 25% dos trabalhadores do sexo masculino. Os trabalhadores em sua maioria são casados (as) - 47% - ou vivem com o (a) companheiro (a) – 20%. Dos trabalhadores, 60% começaram a trabalhar entre os 10 e 14 anos de idade, sendo a idade média de 13,2 anos. A média de tempo de empresa é de 14,08 anos, compreendendo entre três meses e 26 anos de empresa.

A Tabela 2 ilustra a principal ocupação profissional que os trabalhadores possuíam antes e após a reabilitação profissional. De acordo com as contraindicações encaminhadas pelo INSS, o interesse do trabalhador e o parecer dos profissionais envolvidos no Programa de Reabilitação Profissional da Funfarme, procurava-se encaminhar o trabalhador para o treinamento, quando possível, no mesmo setor e cargo. Caso contrário, verificavam-se quais adaptações e mudanças eram necessárias quanto ao setor, cargo e atividades.

TABELA 2

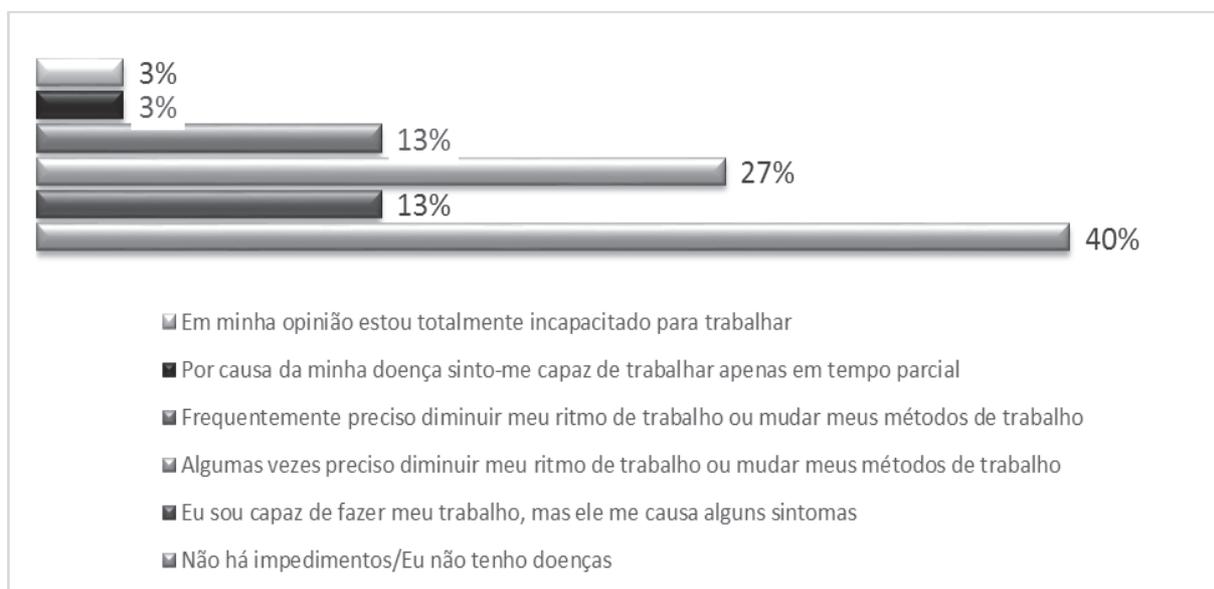
Caracterização da principal ocupação profissional/cargo antes e após a reabilitação profissional na Funfarme (n=30).

Ocupação profissional	Anterior n (%)	Manteve a mesma ocupação n (%)	Mudança para nova ocupação n (%)
Auxiliar de enfermagem/Técnico de enfermagem	22 (73)	12 (40)	10 (33)
Auxiliar de cozinha	1 (3)	1 (3)	0 (0)
Auxiliar de lavanderia	3 (10)	0 (0)	2 (7)
Copeira	2 (7)	0 (0)	3 (10)
Auxiliar de serviço	2 (7)	0 (0)	2 (7)

Constatou-se que 73% atuavam como auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e após o programa de reabilitação profissional da Funfarme, 56% foram remanejados para as áreas administrativa e os 37% dos trabalhadores que permaneceram na enfermagem foram direcionados para as atividades administrativas dentro da área da enfermagem. Apesar das mudanças e adaptações das atividades, 43% mantiveram-se no mesmo cargo e 57% mudaram de cargo.

A Figura 2 representa a autopercepção do trabalhador em relação à capacidade ao trabalho no que diz respeito influência da doença ou lesão no desempenho do seu trabalho. Observou-se que, em alguns casos, devido à restrição física, dor crônica ou mesmo a nova condição de saúde, a dificuldade em se adaptar à nova rotina foi maior.

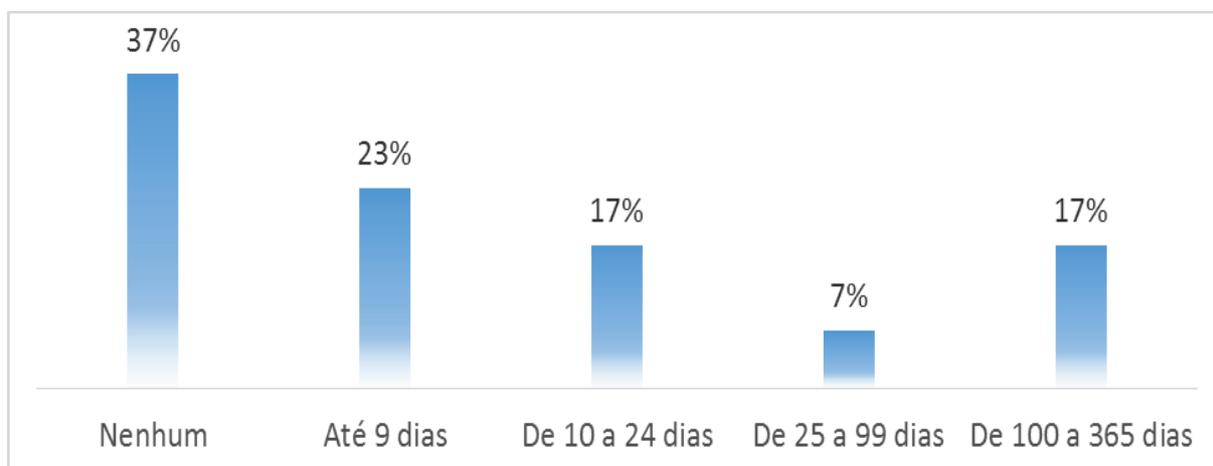
FIGURA 2:



Autopercepção da lesão ou doença ser impedimento ao trabalhador reabilitado (N=30).

Como dados significativos, observou-se que 40% dos trabalhadores reabilitados relataram que a doença não é um impedimento para o trabalho e 27% relataram que frequentemente precisam diminuir o ritmo de trabalho ou mudar os métodos de trabalho. Houve percentual mínimo de trabalhadores que se sentem incapacitados ao trabalho, mesmo após todo o processo de adaptação.

A Figura 3 diz respeito à ausência do trabalhador reabilitado, no trabalho, nos últimos 12 meses por motivo de saúde ou consultas médicas. Observou-se que 60% se ausentaram até 9 dias. 17% dos trabalhadores reabilitados relataram que se ausentaram de 100 a 365 dias, contudo, estes trabalhadores estiveram afastados por auxílio-doença no período anterior à reabilitação profissional.

FIGURA 3:

Ausência do trabalhador reabilitado, no trabalho, nos últimos 12 meses, por motivo de saúde (n=30)

Observou-se que 37% dos trabalhadores não faltaram ao trabalho um dia sequer no último ano por problema de saúde ou atestado médico. Houveram 17% que faltaram acima de 100 dias. Vale ressaltar que uma porcentagem que se ausentaram acima de 100 dias encontravam-se afastados pela Previdência Social antes de serem encaminhados para o Programa de Reabilitação Profissional da Funfarme.

A Figura 4 refere-se à autopercepção da sua capacidade de desenvolvimento do trabalho atual daqui a 2 anos. Dos trabalhadores reabilitados, 87% relataram ser bastante provável desenvolver o trabalho atual. Observou-se bons resultados e isto pode estar relacionado à maior adaptação das novas atividades propostas.

FIGURA 4:

Autopercepção da capacidade de desenvolvimento do trabalho atual, daqui a 2 anos, considerando a sua saúde (n=30).

A Tabela 3 refere-se à autopercepção em relação à apreciação das atividades diárias, do sentimento de estar ativo e alerta e esperança para o futuro. Observou-se que a 70% apreciam as atividades diárias, 83% sentem-se ativos e alertas e 53% sentem-se cheio de esperança para o futuro.

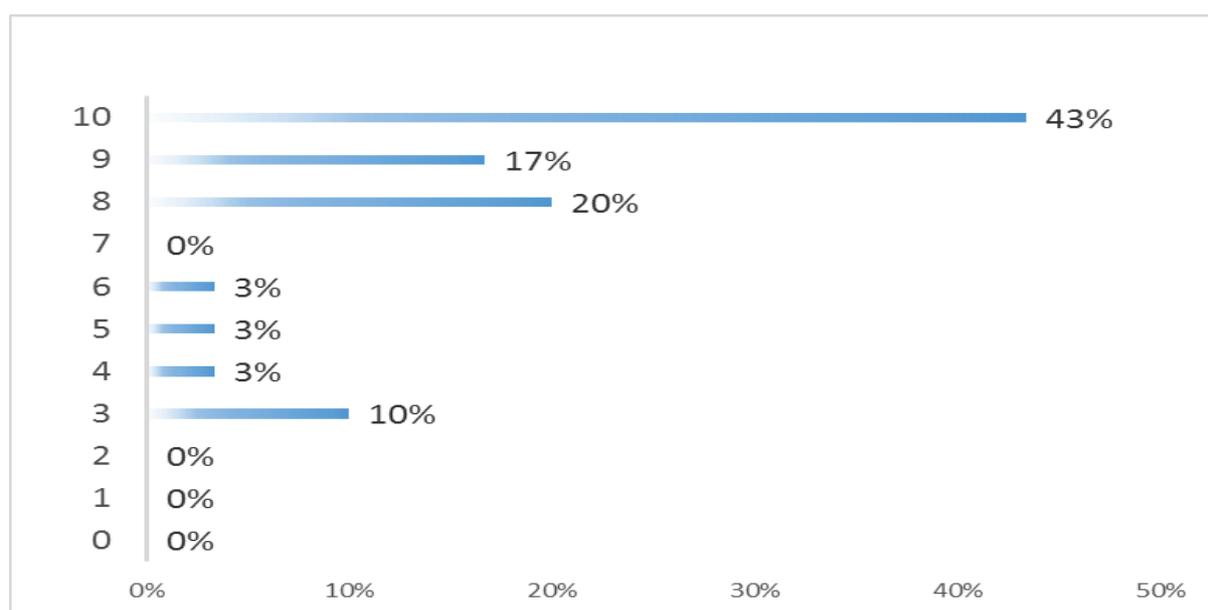
TABELA 3

Porcentagem do trabalhador reabilitado em relação à percepção da apreciação das atividades diárias, do sentimento de estar ativo e alerta e cheio de esperança (n=30).

	Sempre n (%)	Quase sempre n (%)	Às vezes n (%)	Raramente n (%)	Nunca n (%)
Atividades diárias	21 (70)	6 (20)	3 (10)	0 (0)	0 (0)
Ativo e alerta	25 (83)	4 (13)	1 (3)	0 (0)	0 (0)
Cheio de esperança	16 (53)	10 (33)	3 (10)	1 (3)	0 (0)

A Figura 5 diz respeito à autopercepção dos trabalhadores reabilitados, de zero a dez, em relação à capacidade atual para o trabalho, sendo zero 'estou incapaz ao trabalho' e dez 'estou na minha melhor capacidade ao trabalho'.

FIGURA 5:



Autopercepção dos trabalhadores reabilitados em relação à capacidade atual para o trabalho. Pontuação de 0 a 10 (n=30).

A Tabela 4 diz respeito ao ICT do trabalhador reabilitado e foi determinado pela somatória das respostas às perguntas relacionadas à autopercepção, doenças diagnosticadas e recursos mentais:

- ✓ Capacidade atual para o trabalho comparada com a melhor de toda a vida.
- ✓ Capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho;
- ✓ Número de doenças atuais diagnosticadas por médico;
- ✓ Perda estimada para o trabalho pro causa de doença;
- ✓ Faltas ao trabalho por doença no último ano (12 meses);

- ✓ Prognóstico próprio da capacidade para o trabalho daqui a 2 anos;
- ✓ Recursos mentais: apreciação das atividades diárias, sentimento de estar ativo e alerta, e esperança para o futuro.

Conforme as instruções do manual, as respostas foram ponderadas de formas diferentes dependendo se o trabalho era fundamentalmente físico ou mental. O melhor índice possível poderia ser de 49 pontos e o pior, 7 pontos. A média do resultado final do ICT dos trabalhadores reabilitados da Funfarme foi de 37 pontos. Desta forma, considera-se um escore importante visto o perfil do público estudado, histórico de saúde e, principalmente, as restrições físicas e conseqüente sofrimento psíquico.

TABELA 4

Resultado do escore índice de capacidade ao trabalho referente aos trabalhadores reabilitados (n=30).

Pontos	Capacidade para o trabalho	Objetivos das medidas	Resultado n (%)
7 a 27	Baixa	Restaurar a capacidade para o trabalho	3 (10)
28 a 36	Moderada	Melhorar a capacidade para o trabalho	15 (50)
37 a 43	Boa	Apoiar a capacidade para o trabalho	8 (27)
44 a 49	Ótima	Manter a capacidade para o trabalho	4 (13)

Outro dado significativo constatado na pesquisa foi que a maioria dos trabalhadores teve a restrição laboral determinado pelas questões osteomusculares conforme o CID 10. Dentre os CID 10 mais recorrentes foram na categoria M, sendo: gonartrose (artrose do joelho) – CID M17, transtorno dos discos cervicais – CID M50, outros transtornos dos discos cervicais – CID M51, dorsalgia – CID M54, lesões do ombro – CID M75, outras entesopatias – CID M77, e outros transtornos das cartilagens

– CID M94. Outros trabalhadores que foram encaminhados para a reabilitação profissional com outros tipos de CID foram: neoplasia maligna de mama – CID C50; dermatite atópica - CID L20; fratura do fêmur – CID S72; luxação, entorse, distensão das articulações e dos ligamentos dos joelhos - CID S83; outras fraturas de membro inferior - CID T13 e traumatismo não especificado do corpo - CID T14.

Apesar da constatação do motivo pelo qual efetivamente o trabalhador afastou-se pelo INSS, foi possível também analisar a sua percepção em relação à própria saúde através do instrumento ICT. Dentre os 51 itens que trabalhador reabilitado poderia assinalar como lesão ou doença, observou-se que houve uma média de 5,36 itens com diagnóstico médico e 5,98 itens sem diagnóstico médico. Percepção acima dos diagnosticados propriamente por médico.

Análise qualitativa

Conforme o estudo transversal, entrevistou-se 10 trabalhadores reabilitados que concluíram o programa de reabilitação profissional da Funfarme de janeiro de 2012 a junho de 2017. O aumento do sofrimento psíquico foi perceptível em alguns trabalhadores, quando souberam que seriam encaminhados para o Programa de Reabilitação Profissional na Funfarme. Conforme já abordado por Durand (2010), Dejours (1949/1992) e Brito e Barros (2008), Poersch et al. (2010), alguns dos trabalhadores reabilitados expressaram as suas dificuldades em aceitar a nova condição e restrições. Alguns buscaram auxílio de profissionais para conseguir lidar com as questões emocionais.

“Quando eu soube, achei que não iria conseguir. Eu achei que ia entrar em depressão. Achei que não ia aguentar. Mas acho que assim, eu caí no melhor lugar que podia ter, ali fui acolhida, todo mundo me conhecia há muito tempo. Então todo mundo me ajudou muito a querer voltar no outro dia” (Depoimento 01, 45 anos).

“No começo foi muito difícil porque tinha uma vida muito ativa. Aí quando o médico perito disse que eu não poderia voltar mais para a enfermagem, realmente o chão abriu e eu achei que voltaria para a enfermagem e para a minha vida, como sempre tive. Mas eu sempre fui uma pessoa que procurava ver o lado bom da coisa. Se Deus me deu essa oportunidade então eu vou partir para outra. Se não posso trabalhar na enfermagem, alguma coisa eu vou ter que fazer” (Depoimento 02, 43 anos).

“Tristeza, eu tive que fazer assim, um acompanhamento psicológico tudo. No tempo que eu fiquei afastada. Então você tem uma vida toda, você fica mais tempo na instituição do que com a sua família, mais tempo com seus colegas que com a sua família. Aí eu fiquei parada fiquei dois anos fazendo a reabilitação, fazendo hidroginástica, fisioterapia porque eu não podia operar porque a minha filha era muito pequena e o doutor, como me conhecia, optou por fazer o tratamento da dor. Aí você ficava em casa, se sentia assim, impotente. Esse era o sentimento de impotência. Aí eu procurei o psicólogo e a ajuda médica para poder aceitar esse processo” (Depoimento 08, 42 anos).

Alguns trabalhadores reabilitados que houveram dificuldade em aceitar que as contraindicações apontadas pelo INSS acarretariam em mudança de setor, cargo e

atividades, conforme abordado por Poersch et al. (2010), Takahashi e Canesqui (2003). Desta forma, houve a preocupação de não ser aceito pela equipe de trabalho.

“No começo foi um pouco difícil, não o trabalho em si, mas devido a ter desenvolvido a dermatite, eu não conseguia aceitar que iria mudar de função, porque eu gostava muito do que fazia. Então fiz tratamento psiquiátrico. Hoje em dia está mais fácil. Eu aceitei que não tenho mais como voltar para a mesma função, que se eu voltar à mesma função vou voltar a ter contato com produtos que vou ter alergia. Eu consigo fazer o meu trabalho mas é um trabalho que eu não gosto de fazer muito. É um trabalho chato, porque eu estava acostumada a trabalhar com pessoas, eu sempre trabalhei com comércio, de conversar, de andar e agora fico sentada o dia inteiro. Eu exerço a minha função, mas é um trabalho que não gosto muito, gostaria de me movimentar, fazer outras coisas, conversar. Só que tem locais que eu sei que não vai dar certo para mim” (Depoimento 03, 38 anos).

“Foi bom, porque quando a gente volta, é meio complicado né. Por causa da aceitação assim, até dos próprios colegas, as pessoas não sabem o que você já passou” (Depoimento 10, 58 anos).

Cestari e Carlotto (2012) afirmam que o trabalhador não considera importante as novas atividades, considerando-as menos qualificadas, desprezíveis e percebidas como vazias de significados.

“Foi um processo né. Fiz acompanhamento com a psiquiatra. As meninas do setor me ajudaram bastante. Conversei com a supervisora ela deu muita força e ela nunca falou `você não tem jeito` pelo contrário falava `você trabalha

bem, coloca na tua cabeça que você está fazendo tudo direitinho, se precisar alguma coisa`. Então devo muito a ela, as meninas também me acolheram bem, nossa foi muito bom” (Depoimento 03, 38 anos).

“Eu queria voltar para a enfermagem, que é o que eu amo, mas isso me deixa um pouco frustrada né. Mas a gente tem que se adaptar com o que tem” (Depoimento 07, 42 anos).

A dificuldade em aceitar a nova proposta de trabalho foi mais significativa para os trabalhadores reabilitados que atuavam na área de assistência direta ao paciente, ou seja, os auxiliares de enfermagem e os técnicos de enfermagem. Poersch et al. (2010) e Canal e Cruz (2013) ratificam que é necessário realizar uma revisão dos modos de vida destes indivíduos.

“No início foi terrível. Porque eu amo a enfermagem, eu sempre gostei muito e na reabilitação disseram que não podia mais exercer a função e fui para o administrativo que não tinha nada a ver comigo. Então para mim foi assim com muitas dificuldades” (Depoimento 04, 50 anos).

“Então para mim foi difícil deixar a parte, digamos assim, de cuidar, de tudo do paciente, mas eu tô feliz aonde eu tô. Querendo ou não, indiretamente tenho muito contato com as mães, eu trabalho muito com o psicológico das mães” (Depoimento 06, 45 anos).

Aliado a esta dificuldade está o fato de muitos dos trabalhadores reabilitados terem atuado por um longo tempo na mesma atividade e cargo, Gaulejac (1946/2007) afirma que cada indivíduo valoriza aquilo que produz e se sente realizado.

“Uns 20 anos. Não é pouca coisa sabe, eu amo entrar no quarto e ter contato com o paciente. E sempre trabalhei no SUS e no SUS você tem muito contato sabe, eles sentem o carinho e sabem passar. Porque uns dez, doze anos da minha carreira eu trabalhei no centro cirúrgico, então você não tem contato com o paciente, é diferente. Ele entrou, anestesiou e ele dormiu, acabou. Então é só você instrumentando e o médico ali, acabou. Quando eu entrei no HB eu fui para a UINT, então foi uma situação nova na minha vida, eu comecei a ter contato, para mim foi maravilhoso essa descoberta, de ver sofrimento, alegria, gratidão, então foi muito bom. Aí de repente vem um médico perito achando que você não tem capacidade e você tem capacidade. Então ele me destruiu quando saiu a reabilitação” (Depoimento 01, 45 anos).

Houveram situações em que o trabalhador reabilitado teve medo de ser mandado embora. Para isto, Durand (2010) aponta para a necessidade de reconstrução da identidade e implica na busca de um novo sentido para a vida.

“No começo fiquei com medo, mas depois fui me adaptando e foi bom. Tive medo de ser mandada embora. Porque a reabilitação a gente não conhece e todo mundo fica falando e a gente acaba ficando insegura. Medo de eu vir, não que eu não me adaptaria, eu sei que ia conseguir me adaptar, mas o medo do hospital me mandar embora por causa da minha dificuldade física hoje, né. Hoje, vejo que não é assim. Entendeu? Se eu me capacitar e sempre me propus a fazer tudo que fosse melhor para a minha reabilitação, sempre. Pelo menos eu sinto que o hospital me passa isso, se eu continuar os meus serviços corretamente, eu vou continuar na empresa” (Depoimento 02, 43 anos).

“Para mim foi muito bom! Porque geralmente você pensa que vai ficar desempregada depois que reabilita. A empresa me acolheu e eu tô satisfeita da maneira que tô. Às vezes tiro licença, mas porque às vezes inflama tudo na coluna, mas não porque eu faço alguma atividade que não pode” (Depoimento 08, 42 anos).

“Sim, nos dois sentidos, de eu não conseguir voltar a trabalhar e não conseguir trabalhar no hospital. Achava que tinha que sair e trabalhar em outra coisa” (Depoimento 10, 58 anos).

Contudo, para outros trabalhadores reabilitados, o fato de ter aceitado a sua condição de saúde, a restrição e o encaminhamento para a reabilitação profissional, facilitou no retorno ao trabalho, conforme já apontado nos estudos de Cestari e Carlotto (2012).

“Para mim foi excelente, não tenho reclamação de nada. No começo foi um pouquinho mais difícil, porque estava numa função que exigia um pouquinho mais do meu físico, né. Mas agora estou bem mais tranquila onde estou, consigo trabalhar normalmente. Entendeu? Eu tô muito contente com o programa de reabilitação” (Depoimento 06, 45 anos).

“Eu achei uma experiência muito boa, pois não são todas as empresas que tem a reabilitação e, para a gente que precisa, é muito importante, porque se ele não existisse a gente poderia ficar jogado ao acaso, desempregado. E a gente sabe que muito reabilitado tem família para sustentar, então precisa do serviço, eu acho muito importante” (Depoimento 05, 26 anos).

“Para mim foi ótimo! Só ganhei com isso, aprendi coisas novas. Quase todas as pessoas eram do mesmo setor, para mim foi importante, eram quase as mesmas pessoas com quem eu trabalhava, mas agora estou mais próxima porque fico no administrativo lá. E eu tô achando assim, maravilhoso” (Depoimento 08, 56 anos).

“Foi assim, além do que eu esperava né, depois desse início. Ainda que voltei para o mesmo setor né, fui aceita. Conversei com a chefia e teve como me encaixar” (Depoimento 10, 58 anos).

Maeno e Vilela (2010) afirmam que o retorno ao trabalho não pressupõe o controle total da dor e sim a conquista de uma estabilidade no quadro clínico. As dificuldades encontradas no dia a dia são em grande parte físicas.

“O dia a dia é a dificuldade de andar. Se eu vou ao shopping eu sei que tenho que andar de cadeira lá, porque se eu ficar caminhando à noite eu não durmo. Então foi uma questão de adaptação. A cadeira na verdade foi uma dificuldade para mim, hoje já não é mais” (Depoimento 02, 43 anos).

“Ah, é mais o braço, que me impossibilita de pegar as coisas pesadas ou às vezes se precisar preencher na prancheta, tem que apoiar na superfície, mas acho que é só o braço mesmo. Então fica um pouco mais difícil, mas eu consigo” (Depoimento 05, 26 anos).

“Olha, a única coisa que tive depois, devido ao tombo, foi que eu não tenho força na minha perna. Eu caí porque escorreguei e torci o pé, torci a perna e virou o joelho para dentro, rompeu o ligamento. Não rompeu totalmente, rompeu parcialmente” (Depoimento 06, 45 anos).

“Oh, eu tenho dores, porque dói mesmo. Hoje mesmo eu tô com os pulsos doloridos já faz alguns dias, ontem a minha mão estava bem inchada, mas são coisas que hoje também tenho fibromialgia. Sinto dores todos os dias, mas não dou ouvidos a minha dor, deixo ela quietinha“ (Depoimento 09, 46 anos).

Outros avaliaram positivamente as mudanças que houveram em relação às atividades e ao local de trabalho. Durand (2010) considera que o indivíduo está curado quando ele consegue formular planos.

“Ah já que voltei, eu já me senti aqui, porque aqui a gente conversa, vê as pessoas. Antes não tinha vontade de passear. E quando me falaram que eu tinha que voltar, parece que me tiraram do buraco que eu estava, parecia que estava num buraco. Hoje volto com alegria, venho trabalhar com alegria, sabe porque eu ajudo, estou aqui para ajudar as pessoas no hospital. Onde eu trabalho me sinto útil e isso é a melhor coisa do mundo” (Depoimento 08, 56 anos).

“Ai, foi uma maravilha, pois os movimentos que eu fazia eram muito pesados, tudo muito grande. Na cozinha a maioria era mulher, então não tinha como não fazer força. Eu fazia muito suco de laranja, então todos os dias tinha que fazer aquele movimento de girar o pulso. 22 anos espremendo laranja, então não aguentava mais” (Depoimento 09, 46 anos).

Para alguns trabalhadores reabilitados foi importante afirmar e externalizar o motivo pelo qual culminou no seu afastamento e quanto à descrição da doença e suas contraindicações. Conforme afirma Foucault (1975), a doença deve ser vista em sua

totalidade psicológica e fisiológica e, quanto mais se encara como um todo a doença, mais o indivíduo reage de modo patológico.

“Eu sofri acidente de moto né e, agora, estou na parte administrativa. Porque eu não posso ficar de pé, não posso pegar peso e não posso caminhar longas distâncias. A minha perna ficou menor cinco centímetros, tenho uma prótese no lado direito e tive fratura exposta de fêmur. E ainda não calcificou, então não posso firmar o pé direito. Até consigo, mas o médico falou que não é para fazer isso, porque pode quebrar a prótese que já operei cinco vezes, porque a prótese quebra” (Depoimento 02, 43 anos).

“Tenho problemas no joelho, na coluna, já não podia mais agachar, pegar peso, levantar. E são coisas que na profissão tenho que fazer. Mas hoje não faço isso, não forço, não prejudico mais e estou fazendo coisas que eu gosto” (Depoimento 04, 50 anos).

“Eu quebrei o dedo do pé, a tibia, a fíbula, os dois fêmur, os dois pulsos, drenei os dois pulmões, quebrei dente e tive uma lesão de plexo braquial. Nasci de novo” (Depoimento 05, 26 anos).

“Deu problema no braço direito, esquerdo e coluna cervical, então não podia peso. Era tendinite, bursite e desvio nos braços e na coluna cervical” (Depoimento 07, 56 anos).

Observou-se que além das doenças diagnosticadas pelo perito médico do INSS, há outras patologias que dificultam o desenvolvimento das atividades. Birman (2017) ratifica que na sociedade contemporânea o poder incide sobre os corpos e a servidão

se produz em todas as dimensões, seja pelo confronto de forças de forma voluntária e involuntária.

“Foi um acidente de trabalho que uma paciente me agrediu e rompeu meus ligamentos do ombro. Fui para a cirurgia e rompeu novamente e fiz três cirurgias. Foi um no esquerdo e dois no direito. Então meu problema maior é o ombro direito, porém está rompido novamente e tenho que colocar uma prótese. O meu médico falou que sou muito nova para colocar uma prótese, porque daqui a dez anos, eu teria que trocar. Então é para ir levando até quando aguentar” (Depoimento 01, 45 anos).

“São joelhos. Os pés, eu tive um probleminha também, era esporão, fiz o tratamento também, mas está tudo bem” (Depoimento 06, 45 anos).

“Na época foi por causa de tendinite do ombro. Mas tenho outros problemas. Tendinite do cotovelo, túnel do carpo. Mas na época foi o ombro que estava mais atacado então foi pelo ombro” (Depoimento 09, 46 anos).

Desta forma são fundamentais o apoio e o acolhimento da equipe de trabalho para com o trabalhador reabilitado, conforme afirmam Durand (2010), Cestaria e Carlotto (2012).

“Fui bem acolhida, porque quando você chega em um lugar, no caso fui para a UTI, fui muito bem acolhida pelos meus amigos também, foi o primeiro lugar nessa área, então quando você vai para outro lugar, você espera ter este mesmo acolhimento” (Depoimento 03, 38 anos).

“As pessoas foram muito boas, me receberam bem e eu sou fácil de amizade, então não tem esse problema. Só quando mudei para o setor novo que

tive problema com a supervisora nova, mas assim, era pessoal” (Depoimento 07, 42 anos).

“Ah, eu fiquei assim, meio apreensiva, pois não sabia para onde eu ia. Tinha pessoas novas, não sabia se iria ser bem recebida, porque hoje em dia é assim, só porque é auxiliar de cozinha, as pessoas acham que você não sabe fazer mais nada, porque o ser humano é assim, tem preconceito. Daí eu fiquei apreensiva. Quando fui chamada e disseram que eu ia voltar para a cozinha, eu fiquei muito feliz, porque voltaria para as mesmas pessoas, mesmo setor. E fui recebida assim, de braços abertos e é até hoje, viu” (Depoimento 07, 56 anos).

A partir do momento que o trabalhador reabilitado retorna ao trabalho e passa a estar integrado na equipe de trabalho, inicia-se o processo de avaliação dos ganhos que o mesmo teve com a reabilitação profissional, que anteriormente fora angustiante e com muitas incertezas (Vacaro e Pedroso, 2012).

“Me ajudou né. Mas antes eu não via isso, mas diante dos problemas que eu tenho me ajudou muito” (Depoimento 04, 50 anos).

“Além de me ajudar com o meu problema de saúde, é uma equipe bacana, uma chefia que dá atenção e respaldo para o funcionário” (Depoimento 06, 45 anos).

“Nossa, foi algo maravilhoso! Porque no primeiro atestado não deu certo. Foi para o INSS e ele tinha colocado outra palavra, não solicitou reabilitação. Daí voltei ao INSS e eles disseram que estava errado porque não foi encaminhado para a reabilitação. Tem que colocar certinho as palavras. Daí voltei no médico e

ele fez da maneira correta e aí, deu certo. Fiquei dez meses afastada, daí quando surgiu a oportunidade, eu abracei” (Depoimento 09, 46 anos).

Para alguns entrevistados, deixar a condição de afastado e retornar ao trabalho já foi considerado motivo de ganho (Durand, 2010) e Ramos (2005).

“De ganho? Voltar a trabalhar. Foi um ganho muito bom para mim. Só o fato de deixar tudo em casa, vir trabalhar, encontrar as meninas, conversar, foi um ganho. As meninas falam: ‘nossa você me ajuda demais, é a minha princesa’. Isso é bom” (Depoimento 01, 45 anos).

“Eu tive o ganho de perceber que sou capaz de fazer outra coisa e o meu acidente não me impossibilitou de fazer nada, sou capaz, fora o que tô aprendendo, tô gostando muito” (Depoimento 05, 26 anos).

“Nossa, e como, venho trabalhar feliz da vida! Porque assim, estava em casa parada encostada e aí quando falaram da reabilitação, que tinha que voltar, achei muito importante” (Depoimento 07, 56 anos).

“Foi o que falei, ganhei mais no pessoal, me tornei uma pessoa melhor. Pelo fato de ter uma nova chance” (Depoimento 10, 58 anos).

Contudo, para outros trabalhadores reabilitados, constatou-se que as questões financeiras, físicas ou emocionais foram apontadas como os principais prejuízos (Dalmolin, 2006 e Brito e Barros, 2008).

“Acho que foi só a parte financeira, mas consegui me estabilizar de uma forma tão concreta que hoje eu entendo quando a minha irmã falava: ‘quanto mais você tem mais você gasta’. Esses anos que fiquei afastada eu me controlei. Hoje eu até comentei: ‘Quando eu tinha dois serviços, eu tinha muito mais conta

que hoje`. Hoje eu não tenho conta. Hoje eu vivo com que eu tenho e razoavelmente bem” (Depoimento 02, 43 anos).

“Foi terrível. Psicologicamente falando foi terrível, fiquei mal mesmo. Então fui aprendendo a observar, a não levar para casa. A psicóloga me ajudou muito, porque a gente já tem os problemas pessoais e juntou com isso, mais o problema que tinha no setor, eu pirei. A psicóloga me ajudou muito, então comecei a entender a situação e não levar mais para casa. Aprendi a trabalhar sozinha, eu conseguia, como fala, entender a situação e fui levando. Depois de dois anos, consegui tirar de letra o trabalho, passou aquela fase. A gente depara com situações e imagens muito fortes que não é de costume. Foi difícil, fiquei quatro anos no atendimento ao cliente, gostava de fazer aquilo, mas não teve como eu ficar. Foi outro grande aprendizado para mim” (Depoimento 09, 46 anos).

Observou-se que houveram mudanças na percepção daqueles que atuavam na área de assistência direta ao paciente e passaram a atuar em atividades administrativas (Dalmolin, 2006).

“Qualidade de vida! Porque hoje em dia a enfermagem suga muito você e a gente tem aquela ganância de dinheiro. Pode ver, na enfermagem a maioria tem dois serviços. E eu também tive muitos anos na vida dois serviços, porque trabalhava na enfermagem. E hoje não, hoje de final de semana estou em casa, eu posso programar as coisas, eu tenho mais tempo para a minha família. Coisa que em quinze anos da minha vida, eu só trabalhei em hospital e em dois

empregos. E se não tivesse acontecido o acidente, eu estaria nesta vida” (Depoimento 02, 43 anos).

Por outro lado, houveram os trabalhadores reabilitados que retornaram ao trabalho e que apesar da nova proposta de atividades, visando à adaptação, mantiveram-se resistentes às mudanças (Brito e Barros, 2008) e (Canal e Cruz, 2013)

“Que ganho? Ai eu não senti que ganhei não, senti que perdi muita coisa. Nossa, senti muita perda. Eu não podia fazer mais o que eu gostava, tive que aceitar que não podia mais. Eu gostava de trabalhar à noite e hoje eu tenho que trabalhar de dia, que eu não gosto também porque tenho que levantar muito cedo, mas eu me acostumei” (Depoimento 03, 38 anos).

Outros trabalhadores reabilitados relataram que, apesar de toda a dificuldade de adaptação, insegurança e sofrimento psíquico, enfrentaram de forma mais otimista as mudanças que ocorreram no trabalho e na vida (Durand, 2006) e Ramos (2005).

“De prejuízo assim né, que é mais difícil de fazer as coisas, não é como antes, porém isso não me impede de fazer nada, é ter força de vontade e paciência, que a gente consegue fazer” (Depoimento 05, 26 anos).

“Quando fiquei doente, achei que não ia prestar para mais nada e também aprendi coisas novas, porque achei que já estava velha para isso. Faz três anos que voltei e na época estava com 54 anos. Estava velha e ficava pensando para onde vão me levar, o que vou fazer, minha preocupação era essa. Na época fiquei com medo, não dormia, preocupada. Aí quando voltei e vi que era a Maria mesmo, que era a Claudia, aí comecei assim sabe, a aprender coisas novas no

administrativo que é gostoso, sabe então, foi para mim muito importante. Só tenho que agradecer” (Depoimento 08, 56 anos).

“Eu não tive prejuízo. Lógico que tive o problema de saúde né. De acordo com o padrão que estou mantendo no trabalho, eu estou estabilizada. E toda vez que vou ao médico e ele olha os exames, ele diz que é cirúrgico, mas eu não quero fazer cirurgia” (Depoimento 10, 58 anos).

Durand (2010) afirma que para a reestruturação da identidade é necessário encontrar um novo sentido para a vida. Sendo assim, houveram alguns trabalhadores reabilitados que, durante o período em que estiveram afastados, procuraram especializar-se e adquirir uma nova profissão através de cursos de capacitação.

“Fiz cursos. Como estava muito fechada em casa e em casa não posso fazer muitas coisas, acabava ajudando a minha esposa, porque ela é costureira. Passando fitinhas, essas coisas e ela falou: ‘não! Você está bem, tem que estudar!’ Mas na minha cabeça não existia outra coisa a não ser enfermagem porque desde os 17 anos eu só trabalhava na enfermagem. Aí ela falou: ‘não, você vai conseguir!’ Aí voltei a estudar” (Depoimento 02, 43 anos).

“Isso, aliás eu tenho o auxiliar e o técnico desde que eu entrei aqui. Fiz enfermagem também. Aí quando aconteceu tudo, comecei a fazer uma pós. Como não posso ficar na assistência, comecei a fazer uma pós direcionada na parte administrativa que não exigisse do meu físico” (Depoimento 06, 45 anos).

“Fiz de cabeleireiro e outros cursos não da área. E tinha opção de quando voltar, de trabalhar com os pacientes. Daí optei por não trabalhar com pacientes” (Depoimento 10, 58 anos).

Apesar de todo o empenho do trabalhador em retornar ao trabalho de forma íntegra – bem consigo e aceitando as condições que lhe são oferecidas, houveram episódios de preconceito e discriminação por parte de colegas de trabalho que pudessem interferir em sua autoestima e adaptação (Canal e Cruz, 2013). Contudo, se o trabalhador reabilitado possuir uma boa estrutura psíquica, confiante e emocionalmente estável, estes episódios podem ser irrelevantes. Do contrário, o mesmo pode sentir-se inferiorizado e com sentimento de impotência. Dalmolin (2006) afirma que o sofrimento psíquico está envolvido com os demais aspectos da vida, o contexto no qual está inserido e a sua relação com o trabalho.

“Olha, eu não me sinto diminuída quanto a isso não, eu sei que tenho um problema de saúde, que é degenerativo, entendeu, que eu estou numa função que está me ajudando para que eu continue trabalhando. Podendo ajudar de outra forma, que é necessária uma pessoa na empresa para estar ali também. Não tenho nenhum tipo de preconceito e não me sinto diminuída. Sei da minha capacidade” (Depoimento 06, 45 anos).

“Não tive, de maneira alguma. Aliás, a minha colega fala que não me vê como reabilitada. Mas eu sou! E as pessoas ficam falando: ‘você é auxiliar de serviço? Porque não é auxiliar administrativo?’ Não sei, porque sou reabilitada talvez, não sei. Tem gente que repara até nisso. Para mim não muda nada, ser auxiliar de serviço, por causa de um título? As pessoas ficam falando: ‘nossa, ela foi rebaixada, está de posse de ajudar’. Rebaixada do quê, da onde, nunca fui... continuo sendo a mesma, e estou fazendo melhor do que posso. É um trabalho

digno como qualquer outro. Fazer comida também é muito importante, assim como atender as pessoas, como é limpar o chão. Como é limpar as paredes, limpar fralda. Não me vejo como rebaixada. Sou reabilitada com muito orgulho, com muito gosto, estou há 27 anos” (Depoimento 09, 46 anos).

Desta forma, alguns trabalhadores sentiram-se discriminados por estar na condição de reabilitado (Dejours, 1949/1992).

“Tem algumas pessoas que olham assim, acha que você não presta para mais nada. Assim, você sente a pessoa dizendo: ‘ah, é reabilitada’, sabe sente aquela coisa” (Depoimento 06, 45 anos).

“Tinha muito novato que não sabia que eu fui reabilitada que eu estava voltando na instituição. Então eles acham que a gente assim, não sabe nada. Por exemplo, teve um dia que o médico tinha feito uma prescrição de medicamentos e ele ia fazer este composto, aí eu falei que estava errado que era para ele ligar para a enfermeira, porque não era né. Aí ele falou assim: ‘o que você entende de medicação e de enfermagem?’ Aí, eu falei que só de auxiliar de enfermagem eu trabalhei sete anos no 3º SUS. Então eles acham que você está ali só para requisitar e devolver medicamento, que você é um robô, como se fosse um ‘guardinha’ né” (Depoimento 07, 42 anos).

“Alguns ficavam me olhando, como que dizendo assim: ‘o que você está fazendo aqui se não pode. Sentia preconceito e eu ficava chateada, sabe’. Pelos olhares e até mesmo em reuniões. As pessoas comentavam: ‘tem gente que vem, não faz isso, não faz aquilo, sabe’, até que eu questionei, porque eu voltei, porque foi um processo. E a gente tem todo um processo para voltar, não é

assim, chega do nada. Foi todo um processo, foi trabalhado. Até a própria pessoa preconceituosa passa pela mesma situação. E a gente fala: 'as pessoas só vão entender quando passarem pela mesma situação' (Depoimento 10, 58 anos).

Por isso, a aceitação de um novo membro na equipe com restrições físicas e/ou psíquicas são de fundamental importância para este trabalhador reabilitado, que já enfrenta uma série de mudanças e adaptações em sua vida (Dejours, 1949/1992 e Dalmolin, 2006).

“Foi muito bom! Não senti preconceito. Ao contrário, os meninos me ajudam e alguns têm muita mais afinidade. E é muito legal, porque eles não me deixam pegar café, ninguém deixa levantar, pegar peso. Se eu pego uma caixa eles já brigam, porque eu esqueço mesmo, até em casa. Eles mesmos me corrigem” (Depoimento 02, 43 anos).

“Jamais, todo mundo me tratou muito bem, não ficaram olhando para a minha sequela, muito pelo contrário, sempre me viram como um companheiro de trabalho comum” (Depoimento 05, 26 anos).

Alguns dos trabalhadores reabilitados relataram que surgiram sentimentos de incapacidade e inutilidade durante o programa de reabilitação profissional e o apoio familiar foi de fundamental importância, conforme Martinez et al. (2009).

“Olha, achei que não ia dar conta. Quando veio a entrega do papel, que o INSS me deu o laudo, eu falei: `não vou dar conta mesmo. Vai voltar tudo que eu passei`. Sei muito bem. Tive muita depressão. Nesse tempo que fiquei afastada perdi meu pai, que era tudo para mim, tive um vício de beber que eu bebia dia e

noite. Meu esposo veio aqui e falou: `olha, ela bebe demais`. Porque eles estavam querendo fazer eu voltar a trabalhar e, sem eu saber, ele veio aqui e conversou lá no predinho. E me chamaram, me mandaram para o psiquiatra e tudo” (Depoimento 01, 45 anos).

“O começo era muito difícil, quando sofri acidente, quando caí. Quando tinha caído de novo. Achava que era castigo. E depois que vi que não era, lógico com ajuda da minha família, minha esposa, eu percebi que não era. Aí minha mente naquela época falava que eu tinha que me preparar porque eu iria voltar a trabalhar. A minha irmã fala: nós nascemos para trabalhar. Hoje a gente não vive sem trabalho. Então a todo momento, destes quase cinco anos, eu estava me preparando para voltar a trabalhar. Mas a hora que chegou veio o medo. Mas não o medo de trabalhar, o medo de ser mandada embora. Entendeu? Por causa da minha dificuldade física. Hoje, na minha idade, se o hospital me manda embora, e aí? Hoje estou com 43 anos” (Depoimento 02, 43 anos).

“Sentimento horrível, me senti inútil. Eu me senti tão inútil, que não era capaz de nada, me senti muito mal. Fui ao médico, tomei remédio por muito tempo. Aí as coisas foram mudando, fui me aceitando. Não aceitava a ideia de não trabalhar mais na enfermagem e é o que eu gosto né? ” (Depoimento 04, 50 anos).

“Ai, a gente sente, ai meu Deus, o que vem pela frente. Acho que é uma coisa normal, você fica meio ansiosa, será que vou dar conta. Foi o que falei, eu caí num setor quando fui fazer o treinamento, fui fazer um serviço que era muito, exigia muito da minha capacidade física, aí eu pensava assim, não vou

conseguir. Tanto é que eu não consegui, voltei para o INSS e eles disseram, vamos tentar de novo. Aí eu tentei de novo e eu consegui. Tive uma chefia bacana, que me acolheu na época, entendeu. Fui para outro setor, não a que eu fiz o treinamento, que era um setor pesado” (Depoimento 06, 45 anos).

Em meio a tantas dificuldades e para encontrar um novo sentido para a vida alguns trabalhadores reabilitados recorreram à espiritualidade como apoio na superação das dificuldades (Dalmolin, 2006).

“Aí quando voltei também eu fui de novo no psiquiatra. Aí eu procurei ele porque eu não ia dar conta. Me passaram medicação. Mas como eu creio em Deus, eu conversei muito com a minha apóstola que disse que o remédio é Deus e realmente eu não precisei tomar remédio nenhum e estou cada dia melhor. É lógico que tenho tristeza, eu tenho, estou trabalhando ali dentro, estou vivendo todos os dias. Mas do resto, meu psicológico, minha autoestima mudou muito” (Depoimento 01, 45 anos).

“Eu falo que o acidente foi porque eu estava no automático. Eu falo que Deus escreve certo e eu sempre fui uma pessoa religiosa. Então acho que Deus encaminhou. Foi sofrimento para mim? Foi. Sinto dor até hoje. Mas ele encaminhou, eu estava muito no automático. Trabalho, trabalho, trabalho” (Depoimento 02, 43 anos).

“Agora eu sou espírita né? Antes eu não era. Comecei a fazer um curso no centro espírita, reforma íntima, até então já estava fazendo, ia sair, mas continuei e foi onde me ajudou muito. Hoje sou voluntária. Na realidade foi

quando o meu marido faleceu que comecei a frequentar o centro espírita, a procurar outro lado. Antes era católica” (Depoimento 10, 58 anos).

Houveram relatos em que as dores diariamente persistiam, apesar da alta do INSS e a necessidade do retorno ao trabalho. Conforme a avaliação do INSS, entende-se que quando o quadro clínico se encontra estável, o trabalhador em auxílio doença tem condições de retornar ao trabalho (Maeno e Vilela, 2010).

“Sinto dor quase todos os dias. Igual estou tomando banho, eu abaixo, já sinto dor. No andar eu já sinto. Então me policio, já prendo ele aqui. Às vezes à noite eu vou deitar já tomo um anti-inflamatório ou relaxante muscular e acordo boa. Então, não tem mais aquilo que não estou aguentando” (Depoimento 01, 45 anos).

“Sim, é uma dor crônica, segundo os médicos é uma dor que vou sentir para o resto da vida” (Depoimento 05, 26 anos).

“Eu tenho uma doença degenerativa, condromalácia femurpatelar, é um desgaste da patela. Vai chegar um momento em que a cartilagem não vai existir mais e, no movimento, os ossos vão se desgastando e terá que substituir por uma placa de titânio ou um joelho falso, uma prótese” (Depoimento 06, 45 anos).

Alguns trabalhadores reabilitados relataram que se tivessem tido alguns cuidados pessoais, orientações de profissionais especializados e mudança de setor, poderiam ter evitado o afastamento por problemas de saúde e consequente encaminhamento para a reabilitação profissional (Canal e Cruz, 2013).

“Olha, não tinha como. Se eu pudesse, eu tinha mudado a opinião das pessoas, porque quando passei pela médica do trabalho, eu pedi para que me

mudasse para um setor aberto para ver se eu conseguia desenvolver o meu trabalho sem desenvolver esse problema. Mas ela olhou os meus exames e disse que por causa da dermatite, qualquer lugar que eu fosse, eu ia ter problema. Então ela não me deu uma oportunidade para pelo menos tentar, então não tinha jeito, eu tava cheio de coceira, eu não sarava. Precisei ficar afastada” (Depoimento 03, 38 anos).

“Se pudesse voltar ao tempo? Eu teria evitado a queda na escada, porque eu nunca tive dor no joelho, nunca tive nada. Estava trabalhando, estava subindo a escada e carregando a medicação toda do paciente, tanto é que derrubou todas as ampolas dos medicamentos. Porque era assim, no segundo andar era muito corrido, não tinha tempo para beber água, fazer os quinze direito, era muito corrido. Então vinha a medicação da manhã, da tarde e da noite tudo num saco. E tinha que retirar tudo na farmácia e depois fazer a passagem de plantão. E se faltasse alguma medicação, tinha que voltar lá na farmácia, sem abrir. Então vinha muita coisa e naquela pressa, subi as escadas rápido e caí” (Depoimento 04, 50 anos).

Para alguns trabalhadores reabilitados, contudo, o afastamento e o encaminhamento para a reabilitação profissional foram inevitáveis (Maeno e Vilela, 2010).

“É difícil falar né, porque acidentes podem acontecer. As pessoas falam: ‘você não vai andar de moto’. Eu falo: ‘claro que eu vou, se calcificar eu vou voltar a ter moto de novo, porque eu gosto’. Acidente? Eu voltaria para não ter sofrido acidente, mas poderia sofrer lá na frente” (Depoimento 02, 43 anos).

“Olha, cuidados eu acho que não teria, porque foi um acidente e não teria como evitar. Eu não estava correndo, eu não estava bêbado, então não tenho nada que pudesse evitar. Não tinha o que fazer. Eu teria que passar pela reabilitação mesmo” (Depoimento 05, 26 anos).

“Na verdade, quando descobri que eu já estava com essa doença degenerativa, eu fui atendida pelo médico do convênio que falou para mim: ‘você é uma mosca branca’, eu tinha só 32 anos, o médico disse: ‘você já está com doença degenerativa, nesta idade’” (Depoimento 06, 45 anos).

“A enfermagem é assim, às vezes acontecem coisas inevitáveis que não se conseguem prever” (Depoimento 07, 42 anos).

“Não tem o que fazer. O corpo que comanda. Eu sei que a mente comanda, mas nesse caso foi o trabalho. Até então, antes de eu sair, tinha a autoclave, então a gente empurrava aqueles carrinhos superpesados e hoje não, aperta um botão e ele vai sozinho” (Depoimento 10, 58 anos).

Como sugestões de melhorias para o programa de reabilitação profissional, foram apontadas ações importantes para a adaptação à nova rotina de trabalho (Cestari e Carlotto, 2012).

“Acho que a única coisa falha foi assim, a parte do ambiente de trabalho. Que até hoje eu não consegui o apoio de pé, que para mim seria muito importante, cansa a minha perna, mas a T.O. que não me recordo o nome, ela não atende as minhas ligações, não fala comigo” (Depoimento 02, 43 anos).

“Acho que seria importante um psicólogo, porque todo reabilitado acaba tendo problema psicológico. E às vezes a pessoa tem problema até em aceitar o problema de saúde” (Depoimento 03, 38 anos).

“Eu acho que as coisas deveriam serem mais rápidas. No caso a cadeira deveria vir mais rápido. Olha, a cadeira veio há pouco tempo atrás, o apoio de pé tá assim ó, até hoje. Então são coisas que deveriam agilizar” (Depoimento 04, 50 anos).

“Orientar para parar de fazer força” (Depoimento 09, 46 anos).

Discussão

Observou-se que os trabalhadores reabilitados acabaram adoecendo e se afastando após anos de trabalho na mesma atividade e setor. Os problemas de saúde e os motivos pelos afastamentos foram em grande parte osteomusculares. A idade mais avançada e o longo tempo de empresa contribuíram para que os trabalhadores fossem encaminhados para o programa de reabilitação profissional.

O retorno ao trabalho, apesar de árduo para muitos, trouxe melhora na saúde mental, convivência e autoestima, fazendo com que obtivessem uma boa perspectiva de futuro e apreciação das atividades diárias. Estas proposições são ratificadas nos dados em relação às ausências do trabalhador no trabalho por problemas relacionados à saúde. Para que continuassem ativos, houve a necessidade de uma ressignificação do modo de vida e reavaliação da capacidade ao trabalho.

Os resultados positivos deste trabalho estão de acordo com a teoria de Dejours (1949/1992), que considera a insatisfação no trabalho como uma das formas

essenciais do sofrimento do trabalhador, e pode ser decorrente do desinteresse em desenvolver determinadas atividades, além da obrigatoriedade de sua realização. Para que fossem evitados tais episódios, considera-se a orientação e a inclusão do trabalhador reabilitado em todas as etapas como fator primordial para o êxito do retorno ao trabalho.

Observou-se que se a equipe de trabalho é receptiva e colaborativa, acaba por facilitar e corroborar na efetividade da reabilitação profissional. Mas por outro lado, se o trabalhador reabilitado se depara com uma equipe fragilizada e pouco acolhedora, acaba por criar resistência e dificultar no retorno ao trabalho.

A mudança de atividade, de uma mais complexa para outra menos complexa, ocasionou em alguns trabalhadores implicações psicológicas significativas, refletindo em sua autoestima e identidade. Em situações em que houve a mudança de cargo no início do treinamento, acarretou, no trabalhador reabilitado, na perda da identidade profissional. Contudo, após a conclusão da reabilitação profissional foi perceptível nos relatos em relação aos ganhos que obtiveram com a troca de cargo.

Sendo assim, o trabalho pode tanto contribuir para a promoção da saúde do trabalhador, na autorrealização e na satisfação das necessidades humanas quanto prejudicar. Considera-se que o trabalho é intrínseco à história de vida e o afastamento é somente uma interrupção de seus projetos.

Como consequência do afastamento, em alguns trabalhadores reabilitados, houve o desencadeamento do sofrimento psíquico e um sentimento de incapacidade. Desta forma, para estes casos, o acompanhamento médico e a intervenção psicológica foram essenciais. Houveram também situações em que o trabalhador se sentiu

inseguro e com medo de ser desligado da instituição. Gaulejac (1946/2007) destaca sobre a instabilidade dos empregos protegidos e uma cobrança por resultados. Há a rejeição dos trabalhadores com desempenho insuficiente, ocasionando na insegurança. “Em um mundo caracterizado pela integração, estratificação, centralização e hierarquização, esse novo modelo introduz a instabilidade, a ruptura, a precariedade e a insegurança” (Gaulejac, 1946/2007, p.170).

Constatou-se que não houveram encaminhamentos para reabilitação profissional na Funfarme de trabalhadores afastados por transtornos mentais e do comportamento. Canal e Cruz (2013) constata em sua pesquisa que, apesar da doença ser uma das principais causas do afastamento, há a dificuldade no encaminhamento, por parte do INSS, para a reabilitação profissional, devido à instabilidade do quadro clínico. Acrescentam que, em algumas situações, o trabalhador acaba por abandonar o emprego e o agravamento da doença pode acarretar em uma aposentadoria por invalidez.

Observou-se que houve o envelhecimento funcional em alguns trabalhadores, conforme Martinez, Latorre e Fischer (2009), no qual a diminuição da capacidade laboral ocorreu de forma precoce se comparado com o envelhecimento cronológico em função dos turnos de trabalho, rotinas de trabalho e atividades desenvolvidas.

Em 2009 foi publicado um artigo elaborado por Martinez et al., da Universidade de São Paulo – USP que teve como objetivo validar o instrumento ICT para a versão brasileira, conforme a Tabela 5.

TABELA 5

Comparativo dos trabalhadores reabilitados com a pesquisa de Martinez et al. (2009).

Data	2005	2016
Local	Campinas, SP e região	São José do Rio Preto, SP
Instituição	Empresa Privada	Empresa Privada
Setor	Elétrico	Saúde
Sexo (%)	90,9% masculino	87% feminino
Estado civil - Casado ou Companheiro (%)	75,20%	67%
Escolaridade - Ensino Médio Completo (%)	64,40%	53%
Escolaridade - Ensino Superior (%)	26,60%	34%
Idade - Média (anos)	37,5	45,7
Idade - Variação (anos)	18-56	26-59
ICT - Média (pontos)	41,8	37,2
ICT - Variação (pontos)	13,0 - 49,0	24,5 - 46,0
Capacidade atual para o trabalho se comparada com a melhor de toda vida (%)	83,6%	80%
Capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho - três pontuações superiores (%)	86,1%	70%
Faltas ao trabalho por doença - últimos 12 meses (%)	59,80%	37%
Doenças - nenhuma diagnosticada por médico (pontuação = 7)	36,60%	0%
Doenças - cinco ou mais (pontuação = 1)	8,40%	13,3%
Perda estimada ao trabalho devido às doenças (pontuação =6)	57,60%	40%
Tempo de empresa (anos)	12,9	14,07
Prognóstico próprio sobre a capacidade ao trabalho - consideram bastante provável que em dois anos seriam capazes de fazer o trabalho atual - pontuação 7 (%)	89,10%	87%
Recursos Mentais - capacidade de apreciar as atividades diárias, percepção de estar ativo e alerta, sentimento de esperança para o futuro (%)	64,10%	70%

Observou-se que o intervalo entre uma pesquisa e outra foram de onze anos e ambas foram realizadas no interior de São Paulo. Os dados se assemelham no que se referem ao nível de escolaridade, estado civil, tempo de empresa, capacidade ao trabalho se comparada com a melhor de toda a vida, tempo de empresa e prognóstico próprio sobre a capacidade ao trabalho. Outros dados se diferenciam, entre as duas pesquisas, tais como: idade média dos participantes, média e a variação quanto ao ICT em relação às exigências do trabalho, faltas ao trabalho por doenças nos últimos 12 meses, perda estimada ao trabalho e recursos mentais. Devido à diferença dos públicos estudados, todos os trabalhadores reabilitados possuem alguma doença diagnosticada, diferentemente da outra pesquisa.

Desta forma, com a análise dos dados quantitativos e qualitativos, concluiu-se que os trabalhadores reabilitados do presente estudo tiveram:

- ✓ Maior restrição laboral devido às questões osteomusculares (CID 10);
- ✓ Adoecimento e afastamento após anos de trabalho na mesma atividade e local;
- ✓ A idade e o tempo de empresa como contribuição para o encaminhamento à reabilitação profissional;
- ✓ Envelhecimento funcional;
- ✓ Presença de sofrimento psíquico e o sentimento de incapacidade em grande parte dos relatos;
- ✓ Necessidade de ressignificação do modo de vida e capacidade ao trabalho;

Após participarem do programa de reabilitação da Funfarme, foi constatado que:

- ✓ Problemas relacionados à saúde não foram motivo de ausência no trabalho;
- ✓ A mudança de função de uma mais complexa para outra menos complexa ocasionou implicações psicológicas significativas refletindo em sua autoestima e identidade;
- ✓ Retornar ao trabalho trouxe melhorias na saúde mental, convivência e autoestima, contribuindo para a promoção da saúde do trabalhador, na autorrealização e na satisfação das necessidades humanas;
- ✓ Houve a contribuição na redução da sensação de perda de identidade pessoal e profissional;
- ✓ Foi importante o acompanhamento médico e psicológico;
- ✓ Houveram episódios de preconceito e discriminação;
- ✓ Ressaltaram todas as doenças, diagnosticadas ou não pelo médico;
- ✓ Busca religiosa como importante meio para a solução dos problemas;
- ✓ Houve a avaliação positiva da mudança de função ou setor;
- ✓ São fundamentais o apoio e o acolhimento da equipe de trabalho;
- ✓ Houve uma melhor adaptação no trabalho em situações de aceitação da condição de saúde e restrições funcionais quando havia o enfrentamento mais otimista das mudanças no trabalho e na vida;
- ✓ Houve a avaliação dos ganhos e prejuízos após o retorno ao trabalho, a valorização do trabalho administrativo e a busca de um novo sentido para a vida;

Conclusão

No presente estudo, observou-se que:

- ▶ Houve a importância e a efetividade do programa de reabilitação profissional da Funfarme;
 - ▶ Houve a importância da disposição e iniciativa do trabalhador reabilitado;
 - ▶ Foi possível traçar o perfil do trabalhador reabilitado;
 - ▶ Houve prevalência de trabalhadores da área assistencial;
 - ▶ Houve encaminhamento para a reabilitação profissional principalmente a problemas osteomusculares;
 - ▶ Levantaram-se os principais aspectos do sofrimento psíquico e a ressignificação do trabalho pela nova função;
 - ▶ Constatou-se a necessidade do trabalhador reabilitado na reorganização das atividades diárias, rotinas de trabalho, novos aprendizados e financeiramente;
- É necessário a revisão dos processos de trabalho relacionados à reabilitação profissional;
- ▶ Como estratégia de prevenção faz-se necessário o acompanhamento dos trabalhadores com mais de dez anos em uma mesma atividade e local;
 - ▶ Sugere-se novas formas de acompanhamento destes trabalhadores que são reinseridos ao mercado de trabalho e, não somente durante o Programa de Reabilitação Profissional.

Considerações finais

Com a análise das pesquisas quantitativas e qualitativas, pode-se constatar a importância e a efetividade do programa de reabilitação profissional da Funfarme, os principais aspectos do sofrimento psíquico e a ressignificação do trabalho pela nova função. Constatou-se a necessidade, por parte dos trabalhadores reabilitados, da reorganização das atividades diárias, rotinas de trabalho, novos aprendizados, além da organização financeira após o processo de reabilitação profissional, para conseguir lidar com os limites funcionais.

Foi possível traçar o perfil do trabalhador reabilitado com o levantamento dos dados quantitativos e a pesquisa no prontuário do trabalhador. Houve a prevalência de trabalhadores da área de assistência direta ao paciente e o afastamento devido principalmente a problemas osteomusculares. Após a reabilitação profissional, a maior parte dos trabalhadores que atuavam em atividades braçais foi remanejada para as atividades administrativas e os trabalhadores que ainda permaneceram na enfermagem foram direcionados para atividades que não exigissem o emprego de força física.

Observa-se que o mais importante para o sucesso da reabilitação está na disposição e iniciativa do trabalhador reabilitado em recomeçar uma nova etapa em sua vida. Esta se inicia com a aceitação de sua nova condição enquanto trabalhador, de se perceber como um indivíduo que consegue desenvolver novas atividades, contudo com certas limitações. É notório que a Funfarme tem a preocupação e o cuidado de inserir o trabalhador reabilitado para que o mesmo se sinta satisfeito, apreciando as atividades diárias e sentindo-se parte integrante da equipe. Mas a partir da aceitação de sua nova condição enquanto trabalhador, observa-se que o mesmo se esforça para que o seu

desempenho seja percebido como satisfatório e importante para si e para a equipe. Como consequência positiva disto, constatou-se que tem aumentado a quantidade de solicitações, por parte das lideranças, em trabalhadores reabilitados para fazerem parte de sua equipe. Diante dos dados apresentados, o programa de reabilitação profissional desenvolvido na Funfarme é de grande relevância visto o contexto no qual estes trabalhadores estão inseridos, em que há grande exigência física na maior parte das atividades.

Conclui-se com estes dados, que são necessários a revisão dos processos de trabalho relacionados à reabilitação profissional. Sugerem-se novas formas de acompanhamento, tais como grupo de apoio, acompanhamento terapêutico, para estes trabalhadores reabilitados, que são reinseridos ao mercado de trabalho, não somente durante o programa de reabilitação profissional, mas também após a sua reintegração. Como esta pesquisa foi desenvolvida somente com os trabalhadores reabilitados de uma determinada instituição, este resultado requer cautela e não é válido para generalização dos resultados.

Como estratégia de prevenção foi sugerida que os trabalhadores que possuíssem acima de dez anos de trabalho em uma mesma atividade e setor fossem acompanhados e orientados por profissionais especializados. Desta forma, as estratégias preventivas articuladas com outros setores são de fundamental importância. Tendo em vista o melhor conhecimento do comprometimento da capacidade funcional, propõe-se que novas medidas de apoio possam ser desenvolvidas e novas indicações de estudos.

REFERÊNCIAS

- Birman, J. (2017). *Arquivos do mal-estar e da resistência* [PDF]. Recuperado de http://www.record.com.br/images/livros/capitulo_6DqG5S.pdf
- Brasil. (2017). *Boletim Estatístico da Previdência Social*. Ministério da Previdência Social. Recuperado de <http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/boletins-estatisticos-da-previdencia-social/>
- Brasil. (2013). *Reabilitação profissional: Articulando ações em saúde do trabalhador e construindo a reabilitação integral*. Previdência Social. Recuperado de <http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2013/05/Projeto-Reabilitação-Profissional-do-INSS-Texto-para-Construção-Coletiva.pdf>
- Brito, D.C.S., & Barros D.T.R. (2008). A Orientação profissional como método terapêutico e reabilitador de pacientes portadores de doenças crônicas. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 9 (2), 141-148. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbop/v9n2/v9n2a12.pdf>
- Canal, P., & Cruz R. M. (2013, Outubro). Aspectos psicológicos e reabilitação profissional: revisão de literatura. *Estudos de Psicologia*, 30 (4), 593-601. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v30n4/12.pdf>
- Cestari, E., & Carlotto, M. S. (2012). *Reabilitação profissional: O que pensa o trabalhador sobre sua reinserção*. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 12 (1), 93-115. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v12n1/v12n1a06.pdf>
- Dalmolin, B.M. (2007, Setembro). *Esperança equilibrada: Cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico*. *Caderno de Saúde Pública*, 23 (9), 2248-2252. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n9/28.pdf>

- Dejours, C. (1949/1992). *A loucura do trabalho: Estudo de psicopatologia do trabalho* (5ª. ed.). São Paulo, São Paulo: Cortez-Oboré.
- Diniz, K. T.; Miranda, R.M.; Diniz, E.T.; Moreira, C.H.; Miranda, R.S.S.; & Cabral, J.E. (2010, 10 de novembro). Capacidade laboral dos segurados do INSS portadores de LER/DORT que retornaram ao trabalho. *Conscientia e Saúde*, 9(4), 676-683. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/929/92921672017/.pdf>
- Durand, M. (2010). *O medo no trabalho e na vida social: Estudo psicanalítico da subjetividade brasileira*. São Paulo, São Paulo: Annablume.
- Farias, S.H. (2013). *Estudo dos trabalhadores vítimas de acidente de trabalho grave participantes do programa de reabilitação profissional do instituto nacional de seguridade social de Campinas, usuários de órtese e prótese* (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual de Campinas. Recuperado de <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-691900>.
- Fischer, F.M.; Cordeiro, R.C.; Monteiro, M.S; & Bellusci, S. M. (2010). *Índice de capacidade para o trabalho*. São Carlos, São Paulo: EdUFSCar.
- Foucault, M. (1975). *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro, RJ: Tempo Brasileiro.
- Foucault, M. (1979/2013). *Microfísica do poder*. (26ª. ed.). São Paulo, São Paulo: Graal.
- Gaulejac, V. (1946/2007). *Gestão como doença social: Ideologia, poder generalista e fragmentação social* (Coleção Management, 4). Aparecida, São Paulo: Ideias & Letras.
- Maeno, M., & Vilela, R. A. de G. (2010, 09 de março). Reabilitação profissional no Brasil: Elementos para a construção de uma política pública. *Revista brasileira de*

saúde ocupacional, 35 (121), 87-99. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v35n121/10.pdf>

Martinez, M. C., Latorre, M. R. D. O., & Fischer, F.M. (2009). Validade e confiabilidade da versão brasileira do índice de capacidade para o trabalho. *Revista Saúde Pública*, 43 (3), 525 – 32. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/140.pdf>

Poersch A. L., Ramos, M. Z., & Silva, R. N. (2010, Janeiro). Reabilitação profissional: o coletivo como ferramenta de re-significação. *Revista Psico*, 41 (1), 137-143. Recuperado de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/2684/5228>

Ramos, M.Z. (2005). Trabalho, subjetividade e reabilitação profissional: Por uma genealogia dos modos de vida (Dissertação de Mestrado). *Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul*. Recuperado de <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/5652/000518073.pdf?sequence=1>

Rosin-Pinola, A. R., Silva, C. P., & Garbulho, N. F. (2004, Dezembro). Implicações psicossociais para o acidentado reinserido no mercado de trabalho e desempregado. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 5 (2), 53-62. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbop/v5n2/v5n2a06.pdf>

Schweitzer, F. C. (2014, 23 de Janeiro). Trabalhadores com restrições laborais: Comitê de acompanhamento em empresa pública. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 12 (1): 43 – 9. Recuperado de <http://www.rbmt.org.br/details/59/pt-BR/trabalhadores-com-restricoes-laborais--comite-de-acompanhamento-em-empresa-publica>

- Takahashi, M.A.B.C; & Canesqui A.M. (2003, Setembro). Pesquisa avaliativa em reabilitação profissional: A efetividade de um serviço em desconstrução. *Caderno de Saúde Pública*, 19 (5), 1473 – 1483. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n5/17820.pdf>
- Vacaro, J.E., & Pedroso, F.S. (2012). Desempenho dos segurados no serviço de reabilitação do Instituto Nacional de Seguridade Social. *Acta Fisiátrica*, 18 (4), 200-5 23. Doi: 10.5935/0104-7795.20110007
- Zanelli, J.C.; & Silva, N. (2008). *Interação humana e gestão: A construção psicossocial das organizações de trabalho*. São Paulo, São Paulo: Casa do Psicólogo.

Anexos e apêndices

ANEXO 1: Parecer Comitê de Ética em Pesquisa



Comitê de Ética em
Pesquisa em Seres Humanos
CEP/FAMERP

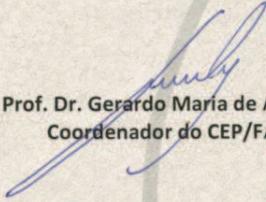
Parecer nº 1.867.322

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O projeto de pesquisa CAAE 61309416.9.0000.5415 sob a responsabilidade de **Cristiane Midori Takasu** com o título “Reabilitação em Trabalhadores da FUNFARME – Hospital Escola” está de acordo com a resolução do CNS 466/12 e foi **aprovado por esse CEP**.

Lembramos ao senhor(a) pesquisador(a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) **deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo**, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos e também da notificação da data de inclusão do primeiro participante de pesquisa, para conhecimento deste Comitê. **Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.**

São José do Rio Preto, 15 de dezembro de 2016.


Prof. Dr. Gerardo Maria de Araujo Filho
Coordenador do CEP/FAMERP

17.3201.5813
cep@famerp.br
Av. Brigadeiro Faria Lima 5416 | Vila São Pedro
15090-000 | São José do Rio Preto SP
www.famerp.br/cep

APÊNDICE 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Contendo dados de identificação do pesquisador e dos participantes, objetivos e procedimentos da pesquisa, elaborado em conformidade com os princípios da Resolução 251/97 do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP).

1. Você está sendo convidado para participar da pesquisa Reabilitação em trabalhadores da FUNFARME – Hospital Escola.
 2. Você foi selecionado por amostra por conveniência e sua participação não é obrigatória.
 3. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.
 4. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.
 5. Os objetivos deste estudo são: identificar o perfil do trabalhador reabilitado na FUNFARME, os principais aspectos do eventual sofrimento psíquico e a ressignificação do trabalho pela nova função.
 6. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário fechado e de uma entrevista aberta.
 7. Os riscos relacionados com sua participação podem ser algum estresse emocional relacionado à doença e devido ao afastamento do trabalho, leve desconforto devido aos questionamentos referentes aos episódios da sua vida, envolvimento com a temática da pesquisa, sentimentos de culpa por alguma atitude/comportamento ou reflexão sobre a condição de vida pré e pós-reabilitação.
 8. Os benefícios relacionados com a sua participação são: auto percepção em relação ao processo de reabilitação, contribuição para a ciência e aos futuros trabalhadores que participarão do processo de reabilitação, acesso aos resultados e contribuição para o desenvolvimento de alternativas efetivas para o processo de reabilitação.
 9. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo completo sobre sua participação.
 10. A sua identidade não será mencionado, sendo utilizados pseudônimos.
 11. Você poderá se quiser receber uma cópia deste termo, podendo tirar suas dúvidas pelos telefones (17)3227-5734 – Prof Dr. Lazslo ou (17)3201-5063 Pesquisadora Cristiane, sobre o Projeto de Pesquisa e sua participação, agora ou a qualquer momento. O contato do Comitê de Ética em Pesquisa CEP - FAMERP (17) 3201-5700, situado na Av. Brigadeiro Faria Lima, 5416 – Vila São Pedro, CEP 15090-000, São José do Rio Preto – SP.
- Prof. Dr. Lazslo Antônio Ávila (ORIENTADOR)**

Cristiane Midori Takasu (Pesquisadora)

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

São José do Rio Preto, _____ de _____ de _____

Sujeito da pesquisa

OBSERVAÇÃO:

Esta pesquisa não possui qualquer tipo de patrocínio ou financiamento.

ANEXO 2: Questionário Índice de Capacidade para o Trabalho

Índice de Capacidade para o Trabalho

45

INSTITUTO FINLANDÊS DE SAÚDE OCUPACIONAL

Questionário Índice de Capacidade para o Trabalho

De acordo com a legislação finlandesa (o segundo parágrafo do Finnish Occupational Health Care Act), os empregadores são solicitados a promover e manter a capacidade de trabalho de seus empregados em geral, e também fornecer atenção à saúde, acompanhamento e reabilitação para trabalhadores com patologias ou saúde precária. O questionário abaixo é usado para estes propósitos. A folha de informação que acompanha este questionário explica por que você foi solicitado a preenchê-lo e os propósitos para os quais as informações fornecidas serão usadas (promover boa saúde, em geral, e reunir informações sobre doença ou saúde precária para ajudar o acompanhamento, o tratamento ou a reabilitação).

Por favor, neste questionário, dê sua opinião a respeito de sua capacidade de trabalho, bem como os fatores que a afetam. Ao usar suas respostas, os profissionais de Saúde Ocupacional colaborarão com você na determinação tanto da necessidade de ações de apoio

quanto de qualquer necessidade de melhoria de suas condições de trabalho.

Suas respostas estarão guardadas na unidade de Saúde Ocupacional. Elas serão usadas pela equipe da unidade na promoção de seu bem-estar em seu local de trabalho.

Por favor, preencha o questionário cuidadosamente, respondendo todas as questões com um círculo em torno da alternativa que melhor reflete sua opinião ou escrevendo sua resposta no local apropriado.

Este questionário foi elaborado pelo Instituto de Saúde Ocupacional da Finlândia, Helsínki; traduzido e adaptado por pesquisadores das seguintes instituições: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; Departamento de Saúde Ambiental; Universidade Federal de São Carlos; Departamento de Enfermagem; Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP; Departamento de Medicina Preventiva e Social.

Data: ____ / ____ / ____

Nome: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____

DADOS GERAIS**Sexo**

Feminino 1
 Masculino 2

Idade ____ anos

Estado conjugal atual

Solteiro(a) 1
 Casado(a) 2
 Vive com companheiro(a) 3
 Separado(a)/divorciado(a) 4
 Viúvo(a) 5

Escolaridade — Assinalar o nível mais elevado

Ensino fundamental incompleto (não terminou a 8ª série) 1

Ensino fundamental completo (terminou a 8ª série)	2
Curso técnico de primeiro grau completo	3
Ensino médio incompleto (não terminou o 3º colegial)	4
Ensino médio completo (terminou o 3º colegial)	5
Curso técnico de segundo grau completo	6
Faculdade incompleta	7
Faculdade completa	8
Pós-graduação incompleta/completa	9

Com que idade começou a trabalhar?

Qual a sua principal ocupação atual?

Descreva as principais tarefas que você faz no trabalho:

Há quanto tempo trabalha na atual empresa?

É funcionário terceirizado?

Sim Não

É funcionário com registro em carteira de trabalho?

Sim Não

Recebe adicional de insalubridade ou de penosidade?

Sim Não

Trabalha durante a noite (em turnos alternantes ou sempre durante a noite)?

Sim Não

As exigências de seu trabalho são principalmente:

Mentais	1
Físicas	2
Ambas, mentais e físicas	3

ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO

Suponha que sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos.

Assinale com X um número na escala de zero a dez, que designe quantos pontos você daria para sua capacidade de trabalho atual:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Estou incapaz para o trabalho										Estou em minha melhor capacidade para o trabalho

Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas do mesmo? (Por exemplo, fazer esforço físico com partes do corpo.)

Muito boa	5
Boa	4
Moderada	3
Baixa	2
Muito baixa	1

Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências mentais de seu trabalho? (Por exemplo, interpretar fatos, resolver problemas, decidir a melhor forma de fazer.)

Muito boa	5
Boa	4
Moderada	3
Baixa	2
Muito baixa	1

Em sua **opinião**, quais das lesões por acidentes ou doenças citadas abaixo você possui atualmente. Marque **também** aquelas que foram **confirmadas pelo médico**.

	Em minha opinião	Diagnóstico médico
1 lesão nas costas	2	1
2 lesão nos braços/mãos	2	1
3 lesão nas pernas/pés	2	1
4 lesão em outras partes do corpo	2	1

Onde? Que tipo de lesão?

	Em minha opinião	Diagnóstico médico
5 doença da parte superior das costas ou região do pescoço, com dores freqüentes	2	1
6 doença da parte inferior das costas com dores freqüentes	2	1
7 dor nas costas que se irradia para a perna (ciática)	2	1
8 doença músculo-esquelética que afeta membros (braços e pernas) com dores freqüentes	2	1
9 artrite reumatóide	2	1
10 outra doença músculo-esquelética	2	1

Qual?

11 hipertensão arterial (pressão alta)	2	1
12 doença coronariana, dor no peito	2	1
durante exercício (angina pectoris)	2	1
13 infarto do miocárdio, trombose coronariana	2	1
14 insuficiência cardíaca	2	1
15 outra doença cardiovascular	2	1

Qual?

16 infecções repetidas do trato respiratório (inclusive amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda)	2	1
17 bronquite crônica	2	1
18 sinusite crônica	2	1
19 asma	2	1
20 enfisema	2	1
21 tuberculose pulmonar	2	1
22 outra doença respiratória	2	1

Qual?

23 distúrbio emocional severo (depressão severa)	2	1
24 distúrbio emocional leve (depressão leve, tensão, ansiedade, insônia)	2	1

	Em minha opinião	Diagnóstico médico
25 problema ou diminuição da audição	2	1
26 doença ou lesão da visão (não assinale se apenas usa óculos e/ou lentes de contato de grau)	2	1
27 doença neurológica (acidente vascular cerebral ou "derrame", neuralgia, enxaqueca, epilepsia)	2	1
28 outra doença neurológica ou dos órgãos dos sentidos	2	1

Qual?

29 pedras ou doença da vesícula biliar	2	1
30 doença do pâncreas ou do fígado	2	1
31 úlcera gástrica ou duodenal	2	1
32 gastrite ou irritação duodenal	2	1
33 colite ou irritação do cólon	2	1
34 outra doença digestiva	2	1

Qual?

35 infecção das vias urinárias	2	1
36 doença dos rins	2	1
37 doença nos genitais e aparelho reprodutor (problema nas trompas ou na próstata)	2	1
38 outra doença geniturinária	2	1

Qual?

39 alergia, eczema	2	1
40 outra erupção	2	1

Qual?

41 outra doença de pele	2	1
-------------------------------	---------	---

Qual?

50

Índice de Capacidade para o Trabalho

	Em minha opinião	Diagnóstico médico
42 tumor benigno	2	1
43 tumor maligno (câncer)	2	1

Onde?

44 obesidade	2	1
45 diabetes	2	1
46 bócio ou outra doença da tireóide	2	1
47 outra doença endócrina ou metabólica	2	1

Qual?

48 anemia	2	1
49 outra doença do sangue	2	1

Qual?

50 defeito de nascimento	2	1
--------------------------------	---------	---

Qual?

51 outro problema ou doença	2	1
-----------------------------------	---------	---

Qual?

Sua lesão ou doença é um impedimento para seu trabalho atual? (Você pode marcar mais de uma resposta nesta pergunta.)

Não há impedimento/Eu não tenho doenças	6
Eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas ele me causa alguns sintomas	5
Algumas vezes preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho	4

Freqüentemente preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho	3
Por causa de minha doença sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial	2
Em minha opinião estou totalmente incapacitado para trabalhar	1

Quantos dias inteiros você esteve fora do trabalho por causa de problemas de saúde, consulta médica ou para fazer exame durante os últimos 12 meses?

Nenhum	5
Até 9 dias	4
De 10 a 24 dias	3
De 25 a 99 dias	2
De 100 a 365 dias	1

Considerando sua saúde, você acha que será capaz de, **daqui a 2 anos**, fazer seu trabalho atual?

é improvável	1
não estou muito certo	4
bastante provável	7

Recentemente você tem conseguido apreciar suas atividades diárias?

Sempre	4
Quase sempre	3
Às vezes	2
Raramente	1
Nunca	0

Recentemente você tem se sentido ativo e alerta?

Sempre	4
Quase sempre	3
Às vezes	2
Raramente	1
Nunca	0

Recentemente você tem se sentido cheio de esperança para o futuro?

Continuamente	4
Quase sempre	3
Às vezes	2

Raramente 1
Nunca 0

Consentimento informado (promoção e manutenção da capacidade para o trabalho em geral).
Você consente que um resumo desses dados e do escore de sua capacidade para o trabalho sejam
incluídos em seu prontuário de saúde?

Sim

Não

Assinatura _____

© Finnish Institute of Occupational Health