



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA - CAMPUS I**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE – PPGPS**  
**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

**VALÉRIA MORAIS DA SILVEIRA SOUSA**

**REABILITAÇÃO PROFISSIONAL E SAÚDE MENTAL:**  
**O CAMINHO DE VOLTA DO TRABALHADOR REABILITADO**

**CAMPINA GRANDE**

**2017**

**VALÉRIA MORAIS DA SILVEIRA SOUSA**

**REABILITAÇÃO PROFISSIONAL E SAÚDE MENTAL:  
O CAMINHO DE VOLTA DO TRABALHADOR REABILITADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Psicologia da Saúde.

**Área de concentração:** Trabalho, Saúde e Subjetividade

**Orientador:** Prof. Dr. Francinaldo do Monte Pinto

**CAMPINA GRANDE**

**2017**



É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S725r Sousa, Valéria Morais da Silveira.  
Reabilitação profissional e Saúde mental [manuscrito] : o caminho de volta do trabalhador reabilitado / Valéria Morais da Silveira Sousa. - 2017.  
112 p.

Digitado.

Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2017.

"Orientação : Prof. Dr. Francinaldo do Monte Pinto, Departamento de Psicologia - CCBS."

1. Reabilitação profissional. 2. Transtorno mental. 3. Transtorno comportamental. 4. Saúde do trabalhador.

21. ed. CDD 158.7

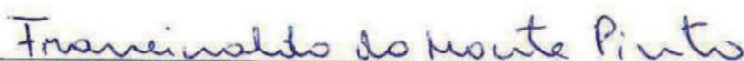
**VALÉRIA MORAIS DA SILVEIRA SOUSA**

**REABILITAÇÃO PROFISSIONAL E SAÚDE MENTAL:  
O CAMINHO DE VOLTA DO TRABALHADOR REABILITADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Psicologia da Saúde.

**Aprovado em 14/09/2017**

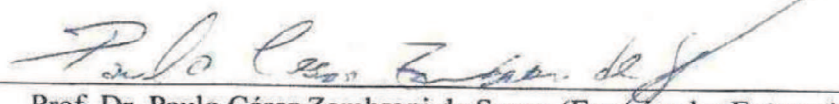
**BANCA EXAMINADORA**



Prof. Dr. Francinaldo do Monte Pinto (Orientador)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof.<sup>a</sup> Dra. Thais Augusta Cunha de Oliveira Máximo (Examinadora Interna)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Paulo César Zambroni de Souza (Examinador Externo)  
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

*Dedico este trabalho a D. Lourdes (in memoriam),  
minha mãe, que antes mesmo do grande mestre  
Canguilhem, me ensinou sobre normatividade. A  
doença de Alzheimer não foi capaz de inibir, por  
anos, sua capacidade de viver. A ela, meu tributo!*

## AGRADECIMENTOS

Sou grata a Deus, por quem vivo, me movo e existo. Nele, a vida tem se mostrado com um sentido que transcende a vitória, a derrota, o cair, o levantar.

A Davi, meu esposo, pela referência de educador que é. Por viver em parceria contínua comigo, aconteça o que acontecer. Por acreditar nas pessoas como eu acredito e, por isso mesmo, ter sido meu grande incentivador nesse desafio que foi a aproximação com a realidade dos trabalhadores participantes desse estudo. Obrigada, querido.

A Lucas e Isaac, filhos amados, tão pacientes, tão colaborativos, tão sensíveis à vida humana, tão solidários e ajudadores. Me inspiram somente porque existem.

Aos trabalhadores que participaram desta pesquisa, com quem aprendi de forma indescritível. Essas linhas jamais poderiam conter o quanto fui enriquecida, provocada e mobilizada com os relatos de suas experiências e com eles mesmos. A todos, minha gratidão e meu mais profundo respeito.

Ao INSS, através de Alysson, Arlene, Monique e Fernanda, que me abriram as portas para a pesquisa documental e me cederam muito mais do que uma sala, cederam seu tempo e sua atenção.

Ao meu professor e orientador Dr. Francinaldo do Monte Pinto, que comigo compartilhou saberes e me trouxe um aprendizado que ultrapassou os limites da reflexão acadêmico/científica se estendendo à gentileza, humildade, serenidade e amizade.

Aos professores Thaís Augusta e Paulo Zambroni por aceitarem o convite para participar da minha banca e mais do que avaliarem, oferecerem uma preciosa contribuição para o enriquecimento deste estudo.

Aos que fazem o Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde – à professora Railda Sabino Fernandes Alves, pelo estímulo constante quando o sonho do mestrado era somente um embrião, em nome de quem, agradeço a todos os professores pelo compartilhamento de saberes, e aos funcionários, pela assistência cotidiana.

Aos colegas de mestrado pelas trocas de experiências e conhecimentos. Foram tantas que não caberiam nessas linhas, seguramente. Em especial a Helyssa e Paula, pela parceria que nasceu tão espontaneamente entre cafés e boas conversas.

Muito obrigada, de coração.

## RESUMO

Os Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC) têm sido apontados atualmente como a terceira principal causa de afastamento do trabalho. Parte dos trabalhadores afastados são encaminhados pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) ao programa de Reabilitação Profissional (RP) denominado Reabilita, gerenciado por esta autarquia, que através de metodologia própria visa proporcionar aos beneficiários incapacitados parcial ou totalmente para o trabalho, os meios indicados para o reingresso no mercado de trabalho. O presente estudo teve como objetivo analisar as vivências do retorno ao trabalho de trabalhadores reabilitados que tiveram por motivo do afastamento os TMC. O aporte teórico ancorou-se na legislação que ampara as ações de reabilitação profissional no INSS, na concepção de saúde inspirada na epistemologia canguilhemiana e na perspectiva de Dejours. Quanto ao método, tratou-se de uma pesquisa de natureza qualitativa e contou com a participação de quatro trabalhadores reabilitados com TMC de uma cidade do estado da Paraíba. Para a coleta dos dados, foram utilizados um questionário sociodemográfico e um roteiro de entrevista semiestruturada. Para a análise dos dados, a perspectiva adotada foi a análise de conteúdo temática. Os resultados mostraram que as vivências dos trabalhadores são permeadas por incertezas com relação aos desdobramentos do processo de RP e baixa expectativa no que diz respeito à sua resolutividade, ou seja, não atribuíram à RP seu retorno à atividade laboral, e a desarticulação entre empresa e INSS apresentou-se como um aspecto de particular relevância. Os significados atribuídos ao trabalho foram, predominantemente, relacionados à subsistência. As vivências de sofrimento patogênico foram sinalizadas nas entrevistas sob as formas de falta de reconhecimento e falta de cooperação, enquanto a ausência de doença pareceu predominante nos significados atribuídos à saúde pelos participantes. No universo da RP, a saúde mental ainda se encontra à margem nos mecanismos de encaminhamento para o retorno ao trabalho. Nesse sentido, é essencial que sejam criadas medidas de intervenção, no interior da metodologia do Reabilita, que visem às particularidades de cada trabalhador com TMC.

Palavras-chave: Reabilitação Profissional. Transtorno Mental e Comportamental. Saúde. Trabalho.

## **ABSTRACT**

Mental and behavioral disorders (MBD) have been appointed these days as the third main cause of work removal. Part of removed workers are sent from INSS to the Professional Rehabilitation (PR) program, which is called Reabilita, managed by this autarchy, which, using its own methodology, aims to provide to the disabled beneficiaries (partial or totally) the indicated means to re-entry in work Market. This study had as objective to analyze the work return experiences of rehabilitated workers who were removed due to MBD. The theoretical contribution has been solidified in the legislation that protects the professional rehabilitation actions at INSS, with the conception of health inspired inanguilhemian epistemology and in Dejours perspective. About the methods, it is a qualitative research and it had the participation of four rehabilitated workers with MBD from a city of Paraíba State. For the collect of data, it was used a sociodemographic questionnaire and a semistructured interview script. For data analysis the adopted perspective was the thematic content analysis. The results showed that the experiences of the workers are permeated of uncertainties about the PR unfoldings and low expectations with regard its resolution, which means that they do not assign their work activity to PR, and the disarticulation between the company and INSS showed itself as a particular relevance aspect. The assignmented meanings to work were, mostly, related to subsistence. The pathogenic suffering experiences were sinalized in the interviews in the forms of a lack of recognition and a lack of cooperation, while the lack of the disease was showed as predominant in the assigned meanings to health by the participants. In the universe of PR, the mental health is still at the margin in the routing mechanisms to work re-entry. Considering it, it is essential that intervention measures be created, in Reabilita methodology, that contemplate the particularities of each worker with MBD.

**Keywords:** Professional Rehabilitation. Mental and behavioral disorder. Health. Work.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociobiográfica dos participantes.....	56
Tabela 2 – Caracterização dos participantes quanto a aspectos relacionados ao processo da Reabilitação Profissional.....	57
Tabela 3 – Síntese descritiva das etapas no Reabilita e status quanto ao vínculo empregatício.....	59
Tabela 4 – Sistematização das categorias empíricas de análise.....	61

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AET	Análise Ergonômica do Trabalho
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CID 10	Código Internacional de Doenças
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CNAE	Classificação Nacional de Atividades Econômicas
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CRP	Centro de Reabilitação Profissional
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
FPAS	Fundo de Previdência e Assistência Social
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
LER	Lesões por Esforços Repetitivos
LOS	Lei Orgânica da Saúde
NRP	Núcleo de Reabilitação Profissional
Ntep	Nexo Técnico Epidemiológico
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PcD	Pessoas com Deficiência
RP	Reabilitação Profissional
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC	Transtornos Mentais e Comportamentais
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>1 REABILITAÇÃO PROFISSIONAL E SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR NO CONTEXTO BRASILEIRO.....</b>	<b>16</b>
1.1 Trajetória e Desafios Atuais da Reabilitação Profissional.....	16
1.2 Reabilitação Profissional e Saúde Mental: Outros Desafios.....	25
<b>2 UMA NOÇÃO DE SAÚDE: REVISITANDO CANGUILHEM E DEJOURS.....</b>	<b>35</b>
2.1 A Saúde sob Diferentes Olhares.....	36
2.2 A Saúde em Canguilhem e Dejours.....	39
<b>3 PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>51</b>
3.1 Local e Participantes da Pesquisa.....	51
3.2 Instrumentos.....	52
3.3 Procedimento de Coleta dos Dados e Aspectos Éticos.....	52
3.4 Procedimentos de Análise dos Dados.....	53
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>55</b>
4.1 Caracterização dos Participantes.....	55
4.2 Categorias e Subcategorias Empíricas de Análise.....	59
4.2.1 <i>Capacitação, nova função e expectativas do trabalhador: “entre a cruz e a espada”.....</i>	<b>60</b>
4.2.1.1 <i>Entre cursos e a iminência do novo: falando sobre capacitação e nova função.....</i>	60
4.2.1.2 <i>Treinamento na nova função: um teste à prova de fogo.....</i>	67
4.2.1.3 <i>Dimensão psicológica da Reabilitação Profissional.....</i>	71
4.2.2 <b>O trabalho no contexto da Reabilitação Profissional.....</b>	<b>75</b>
4.2.2.1 <i>Significados do trabalho.....</i>	75
4.2.2.2 <i>Trabalho e sofrimento.....</i>	78
4.2.3 <b>A saúde dos trabalhadores com TMC em RP.....</b>	<b>82</b>
4.2.3.1 <i>Significados atribuídos à saúde.....</i>	82

4.2.3.2 Criação de novas normas em um meio instável de trabalho.....	85
4.2.3.3 TMC, preconceito e exclusão: na trilha da Reabilitação Profissional.....	89
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>93</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>98</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>108</b>
<b>ANEXO A.....</b>	<b>110</b>
<b>ANEXO B.....</b>	<b>111</b>

## INTRODUÇÃO

O mundo do trabalho em sua multiforme expressão ao longo do tempo e da história da humanidade exerce uma influência significativa na vida humana. Em que pesem os muitos sentidos e valores que lhe são atribuídos, provenientes de experiências e histórias de vida individuais e coletivas, há de se considerar que existem aspectos que são compartilhados tanto na experiência prática quanto na investigação científica. A ideia, por exemplo, de um trabalho que “dignifica o homem” convive ao mesmo tempo com a visão que se relaciona à origem latina do termo *tripallium*, cujo significado remete a um instrumento de tortura utilizado na idade média.

Para Goulart e Guimarães (2002), o advento do capitalismo, ocorrido no fim do século XVIII e início do século XIX, contribuiu expressivamente para que esta dicotomia relativa ao trabalho, produtor do bem e do mal ao trabalhador, viesse a se fortalecer. Na medida em que o homem livremente passou a vender sua força de trabalho, o capital, por sua vez, estabelecia o preço a ser pago por ela, fragilizando esta suposta liberdade e anunciando a dominação do sistema econômico que passava, então, a estabelecer as relações de trabalho. Nesse sentido, as indústrias, importantes agentes estruturais do capitalismo, buscando alcançar avanços quantitativos de produção, definiram um modelo produtivo em que o trabalhador, ao longo do tempo, perdia sua autonomia, sua capacidade decisória, caminhando a passos largos para uma relação de dependência material e submissão no trabalho realizado. Já se podia vislumbrar um quadro que culminaria em um contexto que, neste estudo, será tratado como danoso ao trabalhador.

Corroborando e fortalecendo esse modelo produtivista, o *taylorismo/fordismo* desenham essa relação de trabalho e a consequente forma de operacionalização, a partir de sua racionalização, do aumento da produtividade, do corte de gastos necessários e de comportamentos ditos “improdutivos” por parte dos trabalhadores, entre outras características. A previsibilidade da ação humana sobre a natureza, os movimentos nas linhas de produção, preditos e previstos, tratam de prescindir da ação voluntária do ser humano. Como afirma Clot (2006), em certo sentido, Taylor não exige demais do trabalhador, mas demasiado pouco. Ao escolher o movimento que exige de sua parte o mínimo de intervenção, priva-se o homem de sua iniciativa. O mesmo autor chega a afirmar que a calibração do gesto é uma amputação do movimento. Do movimento espontâneo, voluntário e definido pelo próprio trabalhador na investida de criação e desenvolvimento de si no trabalho, a fim de torná-lo útil e parte integrante de uma construção, que é coletiva e pessoal, feita a muitas mãos, das quais as suas, estarão

presentes com uma contribuição que seria integrante do todo, mas característica de cada indivíduo.

Quando essa possibilidade é ameaçada ou perdida, tanto a organização quanto as relações de trabalho enfraquecem a iniciativa do trabalhador e ignoram sua subjetividade, abrindo uma porta para situações de conflitos interpessoais e intrapessoais, na medida em que o indivíduo é limitado pela organização do trabalho, mas não necessariamente se sente impedido de lutar por uma atividade fruto da apropriação das ações passadas e presentes da sua história, fonte de uma espontaneidade indestrutível. É nesse sentido que Clot (2006) pondera que, mesmo brutalmente proibida, nem por isso é ela abolida.

A transição do *fordismo* para a chamada acumulação flexível, que viria sustentar o sistema Toyota de produção, originado no Japão no período pós-guerra, parece ter liberado o trabalhador dos esforços físicos e constrangimentos no trabalho, visto que ensejou a era da automação. Características como polivalência, flexibilidade produtiva, qualidade total e incorporação dos conhecimentos dos trabalhadores ao processo produtivo alimentaram a expectativa de liberdade do trabalhador frente ao uso de si. De acordo com Seligman-Silva (2011), uma falsa liberdade é a política dessa cultura, uma vez que a garantia do lucro permanente e crescimento do capital permaneceriam sendo as regras básicas de funcionamento do sistema, ainda que apresentando uma aparência mais amena.

O que se verifica é uma ampliação dos mecanismos de extração do sobretrabalho. A especialização dando lugar à polivalência, as esteiras das linhas de montagem às chamadas células ou ilhas de produção, os grandes estoques ao modelo *Just in time*. Em todas as situações, percebe-se a manutenção do incremento do capital como cenário preponderante. Antunes (2014) assinala que a nova fase do capital, da qual o *toyotismo* é a melhor expressão, apropria-se crescentemente da dimensão intelectual do trabalhador, de suas capacidades cognitivas, envolvendo a subjetividade operária de forma expressiva.

Tais conflitos se voltam à saúde física e psíquica do trabalhador. Para Dejours (2009), as formas atuais de organização do trabalho seriam diretamente responsáveis pelo aumento de algumas patologias corporais e mentais contemporâneas, tais como as patologias de sobrecarga (lesões por esforços repetitivos, lesões músculo esqueléticas, síndrome de *burnout*); patologias relacionadas a agressões, das quais são vítimas profissionais como caixas de supermercado, operadores de telemarketing; patologias resultantes de assédio moral ou *mobbing*; e patologias ligadas à intolerância e pressão no trabalho.

No que se refere aos agravos psíquicos, Merlo (2014) assinala o crescimento de atendimentos no Ambulatório de Doenças do Trabalho do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, com relatos de violência psicológica no trabalho nunca vistos e que se generalizam a cada dia. São quadros que apresentam tentativa de suicídio e até mesmo surtos psicóticos. Barreto e Heloani (2011), a respeito das mudanças nas relações de trabalho no contexto da globalização e das formas de organizar e gerir a produção, discutem os efeitos psicológicos e físicos à saúde do trabalhador, afirmando que tais mudanças são responsáveis pelo desencadeamento de diferentes e novas patologias, além de atos de violência psicológica e suicídio no trabalho. Ao mesmo tempo, a Previdência Social (2017) registra números expressivos relacionados à concessão de benefícios por agravos psíquicos. Somente entre os anos de 2012 e 2016, foram 668.927 benefícios concedidos, cerca de 9% do total de auxílios-doença e aposentadorias por invalidez concedidos nos cinco anos de análise.

O adoecer passa, então, a ter uma relação intrínseca com a vida laboral. Segundo dados da Organização das Nações Unidas (ONU, 2013), um trabalhador morre a cada quinze segundos por acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho. De acordo com este organismo, as doenças profissionais continuam sendo as principais causas de mortes relacionadas com o trabalho. Para a Organização Internacional do Trabalho,

(...) a ausência de uma prevenção adequada das enfermidades profissionais, tem profundos efeitos negativos não somente para os trabalhadores e suas famílias, mas também na sociedade devido ao enorme custo gerado, particularmente no que diz respeito à perda de produtividade e a sobrecarga dos sistemas de seguridade social (OIT, 2013).

No Brasil, alguns trabalhadores que são acometidos de agravos à saúde ou acidente relacionados ao trabalho, incluídos os agravos psíquicos e, por esse motivo, afastados dos seus postos de trabalho, são acompanhados pelo INSS através do programa denominado Reabilita. De acordo com Maeno e Vilela (2010), esse programa, que passou por diversas modificações desde o início de sua existência, tem como principal característica a recolocação do trabalhador sob a responsabilidade institucional de orientadores profissionais.

O programa de Reabilitação Profissional (RP) do INSS tem sido objeto de alguns estudos (Simonelli, Camaroto, Bravo & Vilela, 2010; Takahashi & Igti, 2008; Maeno & Vilela, 2010; Takahashi, Kato & Leite, 2010; Ziliotto & Berti, 2013) que visam, dentre outros aspectos, verificar a sua eficácia enquanto estratégia de acompanhamento dos trabalhadores que participam do programa, além de buscar compreender a condição em que estes mesmos

trabalhadores se encontram por ocasião do encerramento das etapas nele previstas. Seus principais achados apontam para a necessidade de que haja uma maior aproximação entre as exigências do trabalho e as potencialidades do trabalhador, a partir de uma visão social do problema da reinserção, além da reflexão crítica acerca da efetividade do programa.

Nesse sentido, esta pesquisa insere-se no escopo de investigação acerca da Reabilitação Profissional, através do Reabilita, a fim de contribuir, especificamente, no âmbito da Reabilitação Profissional de trabalhadores cujo motivo de afastamento do trabalho tenha sua gênese nos Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC).

A presente dissertação tem como objetivo geral analisar as vivências do retorno ao trabalho de trabalhadores reabilitados que tiveram por motivo do afastamento TMC<sup>1</sup>. Para alcançar esse objetivo geral, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- Fazer levantamento documental junto ao INSS dos trabalhadores reabilitados no biênio 2014-2015 por TMC;
- Localizar os trabalhadores e verificar quantos se mantêm nas empresas para onde retornaram;
- Conhecer as vivências de cada trabalhador durante as etapas do processo de reabilitação;
- Apreender os significados do trabalho e da saúde atribuídos pelos trabalhadores no contexto de reabilitação profissional;
- Verificar a capacidade normativa desses profissionais durante o processo de retorno ao trabalho.

Com esse propósito, o texto desta dissertação foi estruturado em quatro capítulos. No capítulo I, denominado Reabilitação Profissional e Saúde Mental no contexto brasileiro, buscou-se descrever a trajetória da Reabilitação Profissional enquanto atual dispositivo do INSS para a promoção do retorno do trabalhador à atividade laboral e os desafios desta prática. No capítulo II, intitulado Uma noção de saúde: revisitando Canguilhem e Dejours, foi dada atenção ao aporte teórico, ao qual os resultados e análises foram cotejados a partir da epistemologia canguilhemiana, segundo a qual o homem é um ser normativo (Canguilhem, 2017/1943) e cuja perspectiva de saúde é intrínseca à sua normatividade. Ao mesmo tempo em que as contribuições teóricas de Christophe Dejours (Dejours, 1986; 1992; 2005; Dejours,

---

<sup>1</sup> Identificados no Código Internacional de Doenças (CID 10), no capítulo V, grupo F – Transtornos Mentais e Comportamentais.

Abdoucheli & Jayet, 1994) lançaram luz sobre a categoria trabalho e sua relação com possíveis vivências de prazer e sofrimento dos trabalhadores. Os aspectos metodológicos desta dissertação foram detalhados no capítulo quatro a partir da descrição do tipo de pesquisa, participantes, instrumentos utilizados e procedimentos de coleta e análise dos dados. Por fim, o capítulo cinco apresenta os resultados e discussão dos achados da pesquisa a partir das seguintes categorias: (1) Capacitação, Nova Função e Expectativas do Trabalhador – *entre a cruz e a espada*; (2) O Trabalho no Contexto da Reabilitação Profissional e (3) A Saúde dos Trabalhadores com TMC em RP.

Para as considerações finais, tomou-se como ponto de partida o objetivo geral deste estudo, as categorias que nortearam a análise e a discussão dos resultados encontrados. Procurou-se fazê-lo de forma crítica, levando em consideração contribuições que pudessem levar à reflexão sobre Reabilitação Profissional e Saúde Mental, como também identificando suas limitações e o vislumbre quanto ao avanço das pesquisas acerca deste tema.



# 1 REABILITAÇÃO PROFISSIONAL E SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR NO CONTEXTO BRASILEIRO

## 1.1 Trajetória e Desafios Atuais da Reabilitação Profissional

A palavra reabilitar deriva do latim *habilitare* – tornar hábil ou apto, preparar, prover do necessário, adquirir habilitações. Para efeitos da Recomendação nº 99, de 1955 da OIT<sup>2</sup>,

(...) o termo Reabilitação Profissional faz parte de um processo contínuo e coordenado de adaptação e reabilitação para permitir que uma pessoa com deficiência possa garantir e manter o emprego apropriado, utilizando para isso meios como orientação profissional, formação profissional e colocação seletiva.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a reabilitação é “um conjunto de medidas que ajudam pessoas com deficiências ou prestes a adquirir deficiências a terem e manterem uma funcionalidade ideal na interação com seu ambiente” (OMS, 2011, p. 100).

A habilitação e a reabilitação profissional e social são amparadas legalmente no Brasil pela Lei nº 8.213/91<sup>3</sup> e Decreto nº 3048/99<sup>4</sup>. De acordo com tal legislação,

A habilitação e a reabilitação profissional e social deverão proporcionar ao beneficiário incapacitado parcial ou totalmente para o trabalho, e às pessoas portadoras de deficiência, os meios para a (re)educação e de (re)adaptação profissional e social indicados para participar do mercado de trabalho e do contexto em que vivem. (Lei nº 8.213/1991, Art. 89).

Para Matsuo (1997), a reabilitação profissional existente na legislação previdenciária preconiza a realização de um programa de reabilitação ao invés de defini-la. Concordando com tal ponto de vista, este estudo toma como parâmetro de análise as vivências dos trabalhadores no processo de reabilitação, tal como descrito na legislação, isto é, conforme a descrição do programa que será detalhada posteriormente.

No Brasil, parte dos trabalhadores acometidos de doenças ou acidentes relacionados ao trabalho e, por esse motivo, afastados de sua atividade laboral, é acompanhada pelo INSS, através do programa denominado Reabilita. Trata-se de um benefício reconhecido pela lei nº 8.213/91 e pelo Decreto nº 3048/99, Art.136, que visa “promover o retorno ao mercado de

---

<sup>2</sup> Organização Internacional do Trabalho, R099 - adaptação Recomendação e reciclagem dos inválidos, 1955 (Nº 99).

<sup>3</sup>Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências

<sup>4</sup>Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências.



trabalho dos segurados que, em decorrência de doença e/ou acidente de qualquer natureza ou causa, encontram-se impossibilitados parcial ou totalmente de desenvolver suas atividades profissionais”. Este programa, de acordo com Maeno e Vilela (2010), passou por diversas modificações desde o início de sua existência e tem como principal característica a recolocação do trabalhador sob a responsabilidade institucional de orientadores profissionais.

Segundo Takahashi (2006, p. 105), “alguns países instituíram a obrigatoriedade legal das empresas readmitirem os trabalhadores acidentados e adoecidos do trabalho após programa de reabilitação profissional, em outros, esta obrigação não existe”. No Brasil, embora o trabalhador tenha um ano de garantia de permanência no emprego após o término da Reabilitação Profissional (RP), desde que o benefício concedido seja do tipo 91<sup>5/6</sup>, “não constitui obrigação da Previdência Social a colocação do segurado no mesmo emprego que exercia ou noutro para o qual estiver reabilitado, cessando o processo de RP com a emissão do certificado” (Decreto n. 3.048, 1999).

É verdade que o processo de RP atribuído ao INSS sofreu impactos substanciais com as mudanças nas esferas política e econômica, frente ao modelo neoliberal marcado pela ideologia que preconiza que o Estado deve deixar de ser executor de algumas políticas públicas, passando a ser apenas seu agente regulador, como afirmam Takahashi e Iguti (2008). Para as autoras, entre outras consequências das ações neoliberais, destaca-se o desmonte da rede de proteção social, passando as instituições previdenciárias a serem alvos de expressivas mudanças estruturais. Para melhor compreender as mudanças e transformações ocorridas na RP, será feita uma descrição resumida dos seus aspectos históricos

No início do século XX, o acesso aos serviços previdenciários era exclusivo para algumas classes de trabalhadores com carteira assinada, sendo garantido pelas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) e posteriormente pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Embora a prática da reabilitação profissional já ocorresse nos CAPs e IAPs desde 1944 (Decreto n. 7.036, 1944), no governo Getúlio Vargas, só se tornou uma obrigação legal em 1966, ano em que foram unificados os IAPs e criado o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). Foi nesse interregno que,

---

<sup>5</sup>Benefício tipo 91: Auxílio-doença por acidente do trabalho; Benefício tipo 31: Auxílio-doença previdenciário.

<sup>6</sup>Art. 118 da lei 8.213/91 estabelece que “o segurado que sofreu acidente do trabalho tem garantida, pelo prazo mínimo de doze meses, a manutenção de seu contrato de trabalho na empresa, após a cessação do auxílio-doença acidentário, independentemente de percepção de auxílio-acidente”.

(...) a Medicina Previdenciária passou por uma mudança significativa tanto na ampliação de cobertura (aumentando o número de trabalhadores assistidos), quanto nos gastos despendidos. A assistência à saúde prestada pela Previdência Social se organizou com base no Modelo Hospitalocêntrico<sup>7</sup> e permaneceu médico centrado, isto repercutiu também nos serviços de RP que passaram a ser executados em grandes centros, com vários profissionais e a figura do médico sob comando (INSS, 2016, p. 24).

Nas décadas de 1970 e 1980, o serviço de Reabilitação Profissional funcionava nos Centros de Reabilitação Profissional (CRP) - unidades de grande porte, providas de várias equipes multiprofissionais e nos Núcleos de Reabilitação Profissional (NRP) - unidades de portes menores, com no máximo, duas equipes multiprofissionais (INSS, 2016). Este foi um importante período do modelo de atenção no âmbito da Previdência Social devido à concentração de recursos da instituição, tais como recursos financeiro, relativos a equipamentos e de equipes multiprofissionais, com pessoal técnico com maior faixa salarial. Os CRPs e NRPs atendiam a uma população importante de trabalhadores amputados por acidentes de trabalho, contando com um sistema de apoio técnico e logístico de avaliação, prescrição e aquisição de órteses e próteses.

O projeto de implantação dos Centros de Reabilitação Profissional do INPS (CRPs) foi orientado por uma concepção de excelência, afinada com a tendência hospitalocêntrica da assistência médica vigente na época, na qual se disponibilizavam todos os recursos terapêuticos necessários no interior dos próprios serviços, com grandes estruturas físicas, equipamentos de fisioterapia e terapia ocupacional de alto custo e um grande contingente de profissionais. Os Núcleos de Reabilitação Profissional do INPS (NRPs) eram unidades menores, com uma ou duas equipes que referenciavam para os CRPs os casos de maior complexidade (Takahashi & Iguti, 2008, p. 2662).

A década de 1980 foi a década da reabilitação, assim decretada na Assembleia Geral das Nações Unidas (Souza & Mancussi, 2011). No decorrer dessa década, houve a expansão dos CRPs para todas as capitais dos estados e também para algumas cidades de grande porte, tendo como critérios principais de implantação a magnitude dos acidentados de trabalho com

---

<sup>7</sup>Características do modelo hospitalocêntrico: centrado na produção de procedimentos; ênfase no indivíduo doente, isolando-o de seu contexto social; fragmenta o cuidado em saúde (especialidades); atuação desarticulada, desintegrada e pouco cuidadora; atendimento pouco eficaz e resolutivo; consome acriticamente tecnologias; hospitalocêntrico desconhecendo outros níveis de assistência; medicaliza todas as questões; não se articula com outras práticas terapêuticas ou racionalidades; atende apenas a demanda que o procura; não avalia sistematicamente seus resultados; sistema de alto custo (INSS, 2016).

concessão de benefícios e a existência de recursos universitários formadores de pessoal técnico. Em decorrência da falta de investimento governamental, foi também nesse período que os CRPs e NRPs vivenciaram um sucateamento das instalações físicas, bem como dos recursos humanos, processo que viria gradativamente promover a desconstrução dos serviços de reabilitação profissional, nos moldes até então propostos (Takahashi & Iguti, 2008).

Em junho de 1990, o decreto nº 99.350/1990 criou o INSS, cujas competências são descritas no artigo 3º do referido decreto:

I - promover a arrecadação, fiscalização e cobrança das contribuições sociais e demais receitas destinadas à Previdência Social; II - gerir os recursos do Fundo de Previdência e Assistência Social - FPAS; III - conceder e manter os benefícios e serviços previdenciários; IV - executar as atividades e programas relacionados com emprego, apoio ao trabalhador desempregado, identificação profissional, segurança e saúde do trabalhador.

Entre os anos de 1988 a 1990, ocorreu uma redemocratização do serviço de atendimento à saúde, principalmente com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que viria responsabilizar-se pela reabilitação física do trabalhador, atribuição anteriormente dos CRPs e NRPs. Desse modo, a Lei Orgânica da Saúde (LOS) de 1990, no que se refere à reabilitação direcionada à reinserção no trabalho, indicava que a reabilitação física passasse a ser de competência do SUS e o INSS ficaria encarregado da reabilitação profissional e do pagamento dos benefícios durante o período do afastamento do trabalho (Decreto nº 8.080/1990). O Decreto nº 2.172/1997 normatizou a nova estrutura da reabilitação profissional e no mesmo ano ocorreu a desativação efetiva dos CRPs e NRPs, descentralizando os serviços de reabilitação profissional para as agências de benefícios do INSS.

Maeno e Vilela (2010) apontam duas mudanças significativas nas práticas da reabilitação profissional, ocorridas na década de 1990. A primeira, ocasionada em decorrência de um aumento expressivo no número de trabalhadores lesionados/segurados, sobretudo, com diagnósticos de Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT). Tal aumento veio evidenciar que os procedimentos adotados pelos CRPs e NRPs se tornaram insuficientes para o papel que desempenhavam, uma vez que “ao mesmo tempo em que propiciavam intervenções para reduzir as desvantagens decorrentes das incapacidades, tornavam-na parte do mecanismo regulador das finanças previdenciárias, sem qualquer intervenção sobre as condições de trabalho” (Maeno & Vilela, 2010, p. 89). Nesse sentido, a clientela havia sido incrementada, uma vez que, além dos

trabalhadores com sequelas de acidentes de trabalho, segurados com restrições físicas pouco visíveis decorrentes de doenças de evolução crônica e de forte sofrimento psíquico, passaram a compor o grupo de trabalhadores atendidos.

A segunda mudança, simultânea à primeira, foi concretizada com um sucateamento da capacidade instalada e dos recursos humanos que compunham as equipes multidisciplinares - médicos, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, fonoaudiólogos, pedagogos e sociólogos (Takahashi & Iguti, 2008) nos CRPs e nos NRPs em consequência das influências do modelo neoliberal, que viria a minimizar o papel do Estado, além da compreensão de que a reabilitação profissional seria mais um benefício da Previdência Social e não um cuidado à saúde.

No ano de 2001, foi publicada a Orientação Interna 69 no INSS, que consistia em estabelecer as ações de descentralização do serviço de procedimentos de RP na Previdência Social, materializados em um manual chamado “Programa Reabilita”, que apresentou como objetivo da RP, a habilitação do trabalhador em outra atividade de trabalho, por meio de cursos e treinamentos e orientava que o atendimento ao trabalhador fosse realizado por um perito médico e outro profissional de nível superior, e não por uma equipe multiprofissional (INSS, 2016).

De acordo com o Manual Técnico de Reabilitação Profissional (INSS, 2016, p. 75), atualmente a clientela encaminhada ao programa define-se por ordem de prioridade, conforme a seguinte descrição:

- a) o segurado em gozo de auxílio-doença, acidentário ou previdenciário; b) o segurado sem carência para auxílio-doença previdenciário, portador de incapacidade; c) o segurado em gozo de aposentadoria por invalidez; d) o segurado em gozo de aposentadoria especial, por tempo de contribuição ou idade que, em atividade laborativa, tenha reduzido a sua capacidade funcional, em decorrência de doença ou acidente de qualquer natureza ou causa; e) o dependente do segurado; f) as Pessoas com Deficiência – PcD. O encaminhamento à Reabilitação Profissional da clientela definida nos itens de a ao d tem caráter obrigatório e é feito pela Perícia Médica do INSS.

A operacionalização do Reabilita compreende quatro funções básicas: (1) avaliação do potencial laborativo realizada pelo médico perito e orientador profissional, em geral um assistente social, com vistas à definição da real capacidade de retorno do segurado ao trabalho; (2) orientação e acompanhamento do programa profissional; (3) articulação com a comunidade para parcerias (capacitação profissional, novos postos de trabalho), convênios e outros, com

vistas ao reingresso do segurado no mercado de trabalho; e (4) pesquisa de fixação, que consiste no conjunto de ações para constatar a adaptação do reabilitado à nova experiência de trabalho.

No momento em que é encaminhado ao Reabilita, o trabalhador deve, obrigatoriamente, seguir as orientações do programa, submetendo-se a análise conjunta dos médicos peritos e orientadores profissionais, em termos das condições socioeconômicas, do nível de escolaridade e do seu potencial laborativo. Em seguida, é solicitada à empresa, na qual o trabalhador já possui vínculo ou outra indicada pelo INSS, função compatível com as restrições físicas/psíquicas anteriormente identificadas (INSS, 2016; Simonelli, Camarotto, Bravo & Vilela, 2010). A emissão de um certificado é expedida ao trabalhador que retorna definitivamente à empresa em nova função ou na mesma função que exercia antes, desde que observadas possíveis restrições em sua atuação. Disso, resulta a conclusão da reabilitação profissional.

São considerados com perfil para participação do programa: os dependentes maiores de 16 anos com alguma deficiência; os aposentados por invalidez, espontaneamente ou quando da revisão do benefício; os dependentes pensionistas inválidos; e as pessoas com deficiência, sem vínculo com a previdência, mediante convênio de cooperação técnico-financeira com instituições ou empresas (Simonelli, Camarotto, Bravo & Vilela, 2010). Também é garantido o fornecimento de aparelhos, como prótese e órtese, entre outras condições para a participação em cursos de qualificação para a possível vida ativa do beneficiário no mercado de trabalho (Decreto Lei nº 6.214, 2007).

Todavia, Maeno e Vilela (2010) criticam a legislação e o Reabilita, ao afirmarem que os resultados apresentados são parciais e incompletos na medida em que indicam a habilitação e a possibilidade de reinserção, não garantindo a reinserção efetiva. Tais resultados apontam muito mais para os aspectos contábeis e administrativos e para a redução dos custos previdenciários, uma vez que o trabalhador não pode ter o benefício temporário suspenso até que seja dado como habilitado para o desempenho de nova atividade que lhe garanta a subsistência ou, quando considerado não recuperável, for aposentado por invalidez (Lei nº 8.213/1991). Por outro lado, os autores avaliam os orientadores profissionais (médicos e assistentes sociais) com pouca familiaridade com o mundo do trabalho e suas exigências, considerando que,

(...) seus procedimentos restringem-se à homologação de um processo precário de readaptação que não fica sob a coordenação geral do INSS, mas sim a cargo da empresa de vínculo, com pouca interferência do Estado. Não há sequer um programa de



reabilitação profissional traçado por esses orientadores profissionais para cada caso. Com frequência, seus procedimentos restringem-se a entrevistar o reabilitando e a encaminhá-lo à perícia do órgão, solicitando à empresa de vínculo informações sobre o cargo a lhe ser oferecido (Maeno & Vilela, 2010, p. 91).

Para Maeno, Takahashi e Lima (2009), não existe um acompanhamento para avaliar a reinserção do trabalhador na empresa nem o tempo de permanência deste após a reabilitação. Segundo as autoras, “os dispositivos normativos, embora sejam explicitamente referentes à reabilitação profissional, não preenchem os critérios mínimos necessários para uma real reinserção dos trabalhadores no trabalho, como parte de uma integração social efetiva” (p. 56). No mesmo sentido, Bernardo (2006, p. 32) afirma que “apesar de estar previsto oficialmente o acompanhamento do segurado após o término da reabilitação, não há suporte adequado para acompanhamento do egresso da reabilitação”. A falta de um acompanhamento efetivo e contínuo da vida laboral e dos resultados da reabilitação na trajetória do trabalhador, parece mostrar-se, ainda, como um aspecto deficitário e carente de mudanças estruturais. De acordo com Matsuo (1997), o possível sucesso do programa de reabilitação profissional acaba por ser atribuído aos relacionamentos sociais no âmbito da família e da empresa.

A pesquisa de Maeno e Wünsch Filho (2010), abordou a análise do processo de reinserção no mercado de trabalho de trabalhadores com LER, desligados de uma empresa eletroeletrônica da região metropolitana de São Paulo. Os autores apresentam, em destaque, os seguintes resultados: a obrigação do empregador de oferecer condições de trabalho adequadas, a necessidade de se repensar o sistema de proteção e vigilância à saúde do trabalhador, bem como de estabelecer uma política pública de reabilitação profissional, aspecto revelador da necessidade de reavaliação das práticas em RP ora vivenciadas no Brasil.

Simonelli, Camaroto, Bravo e Vilela (2010), ao ensaiarem uma proposta de articulação entre abordagens metodológicas para melhoria do processo de reabilitação profissional, salientam que se observa, no Reabilita, a ausência de uma concepção sociopolítica<sup>8</sup> da incapacidade e predominância do modelo biomédico<sup>9</sup> no trato com as lesões e suas causas, restringindo o conceito de incapacidade apenas a seus aspectos físicos, além de reforçarem a existência da influência de medidas neoliberais quanto às mudanças ocorridas no modelo de reabilitação profissional vigente no Brasil. Os autores propõem a implementação de um modelo

---

<sup>8</sup> A visão sociopolítica de incapacidade faz referência ao modelo social de incapacidade, cuja ideia básica é de que esta não deve ser entendida como um problema individual, mas como uma questão social.

<sup>9</sup> Restringe o conceito de incapacidade apenas a seus aspectos físicos.

que utiliza a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)<sup>10</sup> como referência para que os profissionais que atuam no processo de reabilitação profissional possam realizar avaliações de caráter biopsicossocial para classificação das potencialidades do trabalhador reabilitado, e a Análise Ergonômica do Trabalho (AET)<sup>11</sup> como abordagem para a adaptação dos locais de trabalho.

Debruçando-se sobre o estado da arte da Reabilitação Profissional no Brasil, Ziliotto e Berti (2013) realizaram uma pesquisa bibliográfica de produções científicas entre os anos de 2001 e 2011. Os autores observaram que as principais questões cotejadas pelas pesquisas se referiam à discussão acerca da efetividade do programa de RP, às limitações do processo de perícia médica e às LER/DORT como importante agravo à saúde dos trabalhadores. Em suas conclusões afirmam que,

A efetividade do programa de RP está diretamente relacionada à sua significância enquanto política pública de inclusão social de trabalhadores incapacitados. Conforme as experiências descritas, pode-se dizer que, a partir da instituição do programa Reabilita, a RP involuiu, estando distante atualmente de critérios mínimos reconhecidos como necessários à real reinclusão dos beneficiários em um trabalho e na sociedade (p. 743).

Outro aspecto relevante e já mencionado nesta breve descrição da trajetória da reabilitação profissional no Brasil, diz respeito à lógica da redução de custos do sistema previdenciário brasileiro que segue as tendências neoliberais inspiradoras de políticas públicas redutoras da proteção social ao trabalhador (Takahashi & Canesqui, 2003). Analisando o artigo 62 da Lei nº 8.213/91, observa-se que, para além da função social, a lei determina que como reabilitado, o trabalhador deixa de ser “sustentado” pelo Estado e, por ocasião do seu retorno ao mercado de trabalho, passa a contribuir novamente com a Previdência. De acordo com a mencionada lei, o benefício se extingue com a recuperação da capacidade laborativa do trabalhador segurado ou em situações de incapacidade permanente converte-se em aposentadoria por invalidez.

O segurado em gozo de auxílio-doença, insusceptível de recuperação para sua atividade habitual, deverá submeter-se a processo de reabilitação profissional para o exercício de

---

<sup>10</sup> A CIF considera que a incapacidade não é um atributo da pessoa, mas sim um conjunto de condições que resulta da interação pessoa-meio.

<sup>11</sup> A AET pressupõe a compreensão do trabalho nas suas dimensões física, cognitiva e organizacional, cuja análise é centrada na atividade real.

outra atividade. Não cessará o benefício até que seja dado como habilitado para o desempenho de nova atividade que lhe garanta a subsistência ou, quando considerado não recuperável, for aposentado por invalidez (Lei nº 8.213, 1991).

Analisando sob outra perspectiva, Cannalunga (2017) avalia as mudanças ocorridas na reabilitação profissional, especificamente no tocante ao Reabilita. Afirma que apesar dos avanços que precisam ainda ser implementados, tais como a recomposição da equipe de atendimento ao serviço, já se pode reconhecer um ganho na noção de que o segurado não é apenas responsabilidade da Previdência Social, visto que ele é um cidadão de direito, cuja responsabilidade é de todos os serviços públicos prestados pelos diversos órgãos da comunidade onde se insere. Nesse sentido, refere ainda que a principal característica do projeto de revitalização da RP<sup>12</sup> é a retomada do processo de reabilitação num contexto macro, de política de saúde do trabalhador, aliado ao Ministério da Saúde, do Trabalho e Emprego e da Educação.

A indicação de possíveis mudanças e alterações na reabilitação profissional do INSS confirmam o pensamento de Takahashi e Iguti (2008), quando afirmam que as reformas na Previdência Social, ocorridas no Brasil entre as décadas de 1990 e 2000, não puderam dar conta dos principais problemas diagnosticados pela Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador de 1993, uma vez que os segurados continuavam sem receber o tratamento a eles devido, sendo vistos como “não-cidadãos”. Além disso, as autoras realçam a manutenção de uma fragmentação institucional, uma vez que as instituições públicas que fazem interface com a saúde do trabalhador – Ministério da Saúde, Ministério da Previdência Social e Ministério do Trabalho – seguem atuando de forma desarticulada e com baixo poder de intervenção frente ao poderio das empresas.

É notório que aqui se trata de um processo complexo e de importantes repercussões para a saúde do trabalhador. A história da reabilitação profissional no Brasil é marcada por mudanças substanciais que provocam reflexões, tendo em vista sua importância e necessidade de constante reavaliação e (re)construção, na medida em que ela se insere em um campo vasto e multidisciplinar, que é o campo da saúde do trabalhador. Para esta pesquisa, o conhecimento da trajetória da RP e sua atual configuração são de extrema relevância, para que se possa analisar as vivências do retorno ao trabalho de trabalhadores reabilitados que tiveram por

---

<sup>12</sup> Projeto de Revitalização da RP, proposto pelo Ministério da Previdência Social - MPS, em 2008.



motivo do afastamento TMC. Adota-se, no presente estudo, a compreensão de que tais vivências perpassam o fazer do Reabilita em seu ciclo de etapas.

Outrossim, a complexidade da RP ganha vulto quando associada ao tema saúde/doença mental e trabalho, tendo em vista que por si só, este tema já traz implicações tanto do ponto de vista institucional (fazendo referência nesse contexto, ao INSS enquanto instância mediadora das ações em RP) quanto no que diz respeito à própria estrutura psíquica do ser humano, invariavelmente, tão particular. Para Jacques e Codo (2010, p. 21), “a saúde e/ou doença mental nos atinge no que temos de mais subjetivo, no sentido de pertencente estritamente ao sujeito, territórios inexpugnáveis ao outro, e, via de regra, a nós mesmos”. Como afirma Neves (2016, p. 3) “as questões no entorno do retorno ao trabalho e da reabilitação profissional relacionadas ao transtorno mental (...) representam apenas a ponta do iceberg de uma problemática ampla e ainda pouco conhecida”.

A interface entre RP e saúde/doença mental é um espaço onde não se transita com facilidade. Segundo Maeno e Vilela (2010, p. 90) “desafiadora é a reabilitação profissional de trabalhadores com transtornos psíquicos relacionados ao trabalho, cujas origens e fatores agravantes são heterogêneos, exigindo abordagens específicas no processo terapêutico e de reabilitação”. Os autores acrescentam a necessidade de que sejam construídas abordagens específicas por natureza de restrição. Nesse sentido, admite-se como imprescindível para o fundamento teórico deste estudo, uma reflexão sobre o processo de RP extensiva à saúde/doença mental.

## **1.2 Reabilitação Profissional e Saúde Mental: Outros Desafios**

O estabelecimento de possíveis aproximações entre RP com saúde mental e trabalho requer o lançar mão de distintas perspectivas teóricas e metodológicas que possam orientar a direção do olhar sobre tal relação. Por um lado, é preciso apontar a saúde mental e trabalho como campo interdisciplinar, complexo e caracterizado pela integração de várias áreas de conhecimento para sua análise (Tittoni & Nardi, 2008), por outro, reconhecer que a produção de conhecimentos gerados por afins a este tema, lhe conferem um caráter multidisciplinar (Seligman-Silva, 2011). Deste modo, a saúde mental e sua relação com o trabalho se mostra como uma discussão apreendida pela “variedade de tipos de publicações que apresentam o tema: artigos periódicos científicos, livros, materiais sindicais, apresentações em congressos,

além de ser comumente tema de semanas internas de prevenção de acidentes de trabalho (SIPATs) ” (Paparelli, Sato & Oliveira, 2011, p. 119).

A relação entre trabalho e saúde mental tem sido, há várias décadas, objeto de estudo de pesquisadores de diferentes áreas de conhecimento. Os estudos de Le Guillant e Sivadon, no início dos anos 1950 (Vasconcelos & Faria, 2008), sobre as afecções mentais que poderiam ser ocasionadas pelo trabalho, consubstanciaram o início de uma significativa trajetória de pesquisas acerca deste tema. Foi na década de 1980, que Christophe Dejours, psiquiatra francês, introduziu uma nova teoria sobre a relação entre trabalho e o sofrimento psíquico (Dejours, 1992; 2004; Dejours, Abdoucheli & Jayet, 1994). Esse novo modelo teórico passou a ser chamado de Psicodinâmica do Trabalho, uma vez que pretendia estudar as dinâmicas da relação do sujeito com a organização do trabalho que podem gerar fragilizações mentais.

O tema saúde mental e trabalho tem sido alvo, no Brasil, de estudos e de intervenções que datam o início da década de 1980. De acordo com Sato e Bernardo (2005), embora se faça menção a esta década para sinalizar sua trajetória, é importante ressaltar que desde a década de 1920, nos Estados Unidos, é possível a identificação de registros de atividades sob o título de Saúde Mental e Ocupacional,

(...) que, como prática, privilegiava a oferta de assistência psicoterápica aos trabalhadores sendo o trabalho, suas condições e sua organização, tomados apenas como pano de fundo dos problemas que demandavam essa assistência. Cálculos de custo-benefício eram fortes argumentos para a oferta de psicoterapia (Sato & Bernardo, 2005, p. 870).

Conforme assinalam as autoras, no Brasil, as ciências do comportamento, na década de 1940, buscavam se ocupar da saúde mental das pessoas que trabalhavam segundo abordagem que posicionava o adoecimento dos trabalhadores na perspectiva intra-individual, ficando o trabalho, suas condições e organização concebidas apenas como um pano de fundo.

Considerando a trajetória e possíveis avanços na relação saúde mental e trabalho, Araújo (2011), em estudo de revisão de abordagens teórico-metodológicas sobre saúde mental e trabalho, refere que a construção do campo tem sido impulsionada pelos estudos que abordam o trabalho no processo de “construção de subjetividade, contribuição do trabalho nos processos de adoecimento psíquico, caracterização de aspectos do trabalho mais diretamente associados à ocorrência de transtornos mentais ou situações de sofrimento psíquico” (p. 325), acrescentando que outras situações, tais como satisfação e capacidade para o trabalho, também figuram na produção mais recente. Para Jacques (2003), o crescimento do interesse por questões

relacionadas aos vínculos entre trabalho e saúde/doença mental deve-se, em parte, ao crescente número de transtornos mentais e do comportamento associados ao trabalho que se constata nas estatísticas oficiais e não oficiais.

A consolidação do quadro de desenvolvimento do campo de estudo de saúde mental e trabalho é apontada por Borges e Argolo (2010) como recente. Segundo os autores,

(...) os avanços já acumulados apontam a fertilidade da articulação dos dois temas e incentivam a interdisciplinaridade, enquanto os problemas não-resolvidos e a recenticidade dos estudos suscitam o levantamento de novas questões, o aprofundamento de umas e o reexame de outras (p. 276).

Para Oliveira e Bastos (2014), no Brasil, ao longo das últimas três décadas, o estudo da relação entre saúde mental e trabalho ganhou força, e tem se tornado um interesse crescente de pesquisadores que apresentam uma produção acadêmica caracterizada, eminentemente, pela diversidade de concepções teóricas e metodológicas em diferentes perspectivas. Conforme apontado por Seligmann-Silva (2011, p. 35), "o trabalho, conforme a situação, tanto poderá fortalecer a saúde mental quanto vulnerabilizá-la e mesmo gerar distúrbios que se expressarão coletivamente e no plano individual". Para a autora, o campo saúde mental relacionada ao trabalho, se constitui a partir das conexões que têm sido estabelecidas entre saúde mental e trabalho, os desenvolvimentos teóricos e metodológicos sobre o tema, bem como a intensidade e abrangência que os significados políticos, econômicos e socioculturais têm alcançado.

Sato e Bernardo (2005) ao discutirem sobre os problemas persistentes na relação saúde mental e trabalho, reconhecem o crescimento da produção técnico científica, bem como o “espraiamento” dos serviços públicos dirigidos aos trabalhadores, na qualidade de trabalhadores, “os quais também teriam papel de fortalecer a construção do ponto de vista da Saúde do Trabalhador<sup>13</sup> sobre a determinação e causalidade dos fenômenos com os quais trabalha” (p. 875). Por outro lado, os mesmos autores referem que numericamente é insignificante a atribuição, como primeiro diagnóstico, de qualquer tipo de transtorno mental. Comumente a LER assume a dianteira das queixas por parte dos trabalhadores, tanto quanto dos diagnósticos dos médicos peritos, deixando que a sintomatologia relacionada à saúde

---

<sup>13</sup> O discurso relativo à Saúde do Trabalhador, campo de práticas e conhecimentos, cujo enfoque teórico-metodológico, no Brasil, emerge da Saúde Coletiva buscando conhecer (e intervir) (n)as relações trabalho e saúde-doença (Lacaz, 2007), foi forjado no contexto do ressurgimento do movimento sindical no Brasil no final da década de 1970 e buscou compreender as relações de trabalho a determinação do processo saúde – doença (Sato & Bernardo, 2005).

mental seja mantida na retaguarda e apareça *a posteriori*, muito embora as ações de vigilância e informações de sindicatos de trabalhadores contradigam tal realidade.

Os riscos para a saúde mental dos trabalhadores, sejam aqueles relativos à organização do trabalho, à convivência com situações de perigo ou à contaminação por produtos químicos, não só persistem como importantes problemas de saúde pública, como têm se agravado sensivelmente do ponto de vista da vigilância em saúde (Sato & Bernardo, 2005, p. 875).

Embora esta pesquisa não tenha se debruçado apenas sobre os TMC relacionados ao trabalho, uma vez que procurou conhecer as vivências dos trabalhadores na RP, independentemente do reconhecimento donexo causal, considera-se que este é um aspecto que influencia tais vivências, sobretudo considerando o que determina a legislação quanto à estabilidade na empresa por ocasião de concessão dos benefícios do tipo B-91 a estes trabalhadores.

Sobre o nexocausal em saúde/doença mental, Jacques (2007, p. 115) afirma que, “a contribuição do trabalho para a alteração da saúde mental se dá a partir de uma gama de aspectos, desde fatores pontuais como a exposição a agentes tóxicos até a complexa articulação de fatores relativos à organização do trabalho”. Acrescenta que a respeito da etiologia multicausal dos transtornos mentais, existe um conjunto de fatores que interagem de modo complexo, que não alcança a extensão da subjetividade que permeia as relações do homem-trabalho.

A relação de causalidade, mesmo que multicausal, que fundamenta o estabelecimento do vínculo entre saúde/ doença mental e trabalho, não dá conta das relações de determinação das manifestações humanas. Ainda, acaba por reduzir o conceito de saúde mental a ausência de transtornos psíquicos, deixando de levar em conta as diversas dimensões subjetivas da relação do homem com o seu trabalho (Jacques, 2007, p. 18).

O Manual das Doenças Relacionadas ao Trabalho<sup>14</sup>, apresenta um quadro classificando as doenças segundo sua relação com o trabalho. As doenças mentais (nomenclatura utilizada neste quadro) estão localizadas na categoria III que toma o trabalho como provocador de um distúrbio latente, ou agravador de doença já estabelecida. Contudo, é importante destacar que tanto as condições de trabalho, quanto a organização do trabalho influenciam o funcionamento

---

<sup>14</sup>Manual das Doenças Relacionadas ao Trabalho, editado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2001).

psíquico (Dejours, Abdoucheli & Jayet, 1994; Dejours, 2004). De acordo com Mendes (1995, p. 35),

(...) cada categoria profissional está submetida a um modelo específico de organização do trabalho, o qual pode conter elementos homogêneos ou contraditórios, facilitadores ou não da saúde mental do trabalhador. Esta definição depende dos interesses econômicos, ideológicos e políticos daqueles que dominam o processo produtivo. Aprofundando seus estudos, Dejours e Abdoucheli (1994) passam a considerar que a organização do trabalho resulta das relações intersubjetivas e sociais dos trabalhadores com as organizações.

A respeito da relação entre saúde mental e trabalho, Codo (2010) apresenta o Nexo Técnico Epidemiológico (Ntep) como um avanço instrumental importante em Saúde e Segurança do Trabalhador, embora reconheça a necessidade de que muitos dilemas e problemas devam ser equacionados. Para ele,

O Ntep permite que as relações entre saúde e trabalho possam ser localizadas e que se possa atuar sobre elas com muito mais velocidade e acuracidade, assim como, e isto é o mais importante, permite revelar novos nexos entre os agravos e o trabalho (p. 19).

Segundo Todeschini e Lino (2010), o Ntep constitui-se em um valioso instrumento para favorecer o conhecimento mais preciso do adoecimento no trabalho, contando com a epidemiologia como via de acesso. Ao mesmo tempo, salientam a preocupação da própria Previdência Social com relação ao reforço à prevenção. Trata-se de uma metodologia que prevê o cruzamento de duas importantes informações: o motivo do afastamento do trabalhador (de acordo com a CID-10) e o setor econômico ao qual a empresa pertence, ou seja, a sua classe na Classificação Nacional das Atividades Econômicas (CNAE).

O resultado desse cruzamento de informações pode apontar para uma maior frequência de determinado tipo de patologia entre trabalhadores pertencentes a uma classe CNAE, passando a existir uma alta probabilidade de que aquele agravo esteja relacionado ao trabalho. Dados apresentados por Todeschini e Lino (2010), a partir de informações do próprio INSS, indicam mudanças significativas a partir do uso do Ntep (Lei nº 11.430, 2006), cuja implantação aconteceu em abril de 2007. De acordo com os referidos autores, os TMC foram melhor diagnosticados por ocasião da concessão do auxílio-doença acidentário. Enquanto no período compreendido entre abril de 2006 a março de 2007 foram registradas 578 concessões, entre



abril de 2007 a março de 2008 esse número cresceu para 9.704, correspondendo a uma variação de 1.578,89%. Nota-se, a partir destes índices, a importância do Ntep para a qualidade da notificação das doenças do trabalho.

Ora, não somente esse aspecto deve ser considerado, mas a própria revitalização da reabilitação profissional (Todeschini & Lino, 2010), passa a ser beneficiada, na medida em que, com o avanço, sobretudo qualitativo das notificações, é possível um desdobramento que leve à melhoria da qualidade de vida do segurado, bem como ao estabelecimento de medidas de prevenção, certamente o maior dos desafios, por estarem diretamente relacionadas à modificação do local de trabalho, em termos de suas condições e organização.

Segundo a OIT (2010), a cada ano 2% da população mundial sofre com algum tipo de enfermidade, seja ela física ou mental. O relatório destaca que os riscos decorrentes das novas tecnologias e novos processos de trabalho estão associados aos fatores psicossociais e de estresse no trabalho. Estimativa da OMS constatou que os transtornos mentais menores acometem cerca de 30% dos trabalhadores ocupados; os transtornos mentais graves, cerca de 5 a 10% (Souza, 2013).

Mediante o que foi exposto, observa-se o desafio de dar maior visibilidade à interface entre saúde mental e trabalho e legitimidade ao processo de adoecimento mental nesse contexto. Ficam evidentes algumas dificuldades para se estabelecer a ampliação desta visibilidade, tendo em vista as questões de natureza conceitual, teórica e metodológica, que não são simples, nem de solução fácil (Araújo, 2011). Porém, é inegável que se trata de um tema de considerável relevância para a saúde do trabalhador, visto que os TMC se situam, hoje, entre as principais causas de afastamento do trabalho. De acordo com o Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho da Previdência Social (INSS, 2013), dentre a quantidade de acidentes do trabalho, segundo a CID-10, mais incidentes no Brasil no período 2011/2013, encontram-se os TMC.

Os dados do referido Anuário apontam para um crescimento do número de acidentes de trabalho, demonstrando, naquele triênio, um aumento diretamente proporcional dos casos de TMC. Entre os TMC elencados, constam, por ordem de incidência: reações ao estresse grave e transtornos de adaptação, episódios depressivos, outros transtornos ansiosos, transtorno depressivo recorrente, transtorno afetivo bipolar, transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool e transtorno fóbico ansioso.

Embora se perceba que os TMC induzam os trabalhadores ao afastamento de suas atividades, não se observa na política de Reabilitação Profissional, ações que contemplem, especificamente, este grupo de trabalhadores. A esse respeito, Takahashi, Kato e Leite (2010, p. 08) afirmam que os transtornos psíquicos relacionados ao trabalho,

(...) marcam presença significativa nos bancos de dados da Previdência Social, porém estes casos são minimamente contemplados pelos programas de reabilitação profissional, sendo sua atenção desenvolvida no âmbito dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da Rede do Sistema Único de Saúde.

Nessa direção, revisitamos o objetivo maior da RP, previsto na Lei 8.213/91, mediante o qual a habilitação e a reabilitação profissional e social deverão proporcionar ao beneficiário incapacitado, parcial ou totalmente, para o trabalho e às pessoas portadoras de deficiência, os meios para a (re)educação e (re)adaptação profissional e social indicados para participar do mercado de trabalho e do contexto em que vivem. Depreende-se desse objetivo, um distanciamento com a realidade dos trabalhadores afastados do trabalho, em especial aqueles acometidos com TMC.

É o caso, por exemplo, dos treinamentos realizados com os trabalhadores afastados do trabalho, seguido pelos encaminhamentos feitos pelo INSS às empresas de vínculo ou não. Nota-se, nesse procedimento, a ausência de acompanhamento e avaliação entre a eficácia dos treinamentos e o retorno dos trabalhadores ao trabalho. A esse respeito, Maeno e Vilela (2010, p. 92) tecem considerações acerca dos percalços da RP.

Trata-se de uma segurada com diagnóstico de LER e transtornos psíquicos graves, atestados por seus médicos especialistas, que, segundo o serviço de reabilitação profissional do INSS, teve “desempenho insatisfatório durante o período de estágio”, motivo pelo qual não recebeu o “Certificado de Reabilitação Profissional”. No entanto, o órgão segurador declarou formalmente que a “segurada cumpriu Programa de Reabilitação Profissional no período de 20/12/2007 a 14/11/2008”. A segurada teve cessação do benefício mesmo com a declaração do INSS de que o seu desempenho laboral havia sido insatisfatório.

O exemplo apresentado pelas autoras supracitadas revela uma contradição na culminância do processo de RP, posto que, mesmo tendo sido considerado insatisfatório o desempenho da trabalhadora no período em que passava pelo estágio ou treinamento, foi declarado formalmente o cumprimento do programa e, por conseguinte, a cessação do benefício. De um lado, observa-se que apesar de ter havido um período de treinamento em uma nova função, conforme indica a legislação, os resultados não foram contados como critérios para a manutenção da trabalhadora no programa, para que houvesse de fato, uma (re) adaptação profissional. Ora, a decisão só poderia ser válida se a trabalhadora participasse de um outro

treinamento em nova função, até que os resultados pudessem configurar, realmente, a sua (re) adaptação. Por outro lado, Maeno e Vilela (2010) fazem referência à preocupação contábil administrativa quanto à cessação do benefício. As autoras ainda assinalam a redução de deferimentos pela Perícia Médica, do número de renovações do benefício e do tempo de afastamento concedido para segurados com transtornos psíquicos.

Diante dessa problemática, o que dizer das condições vulneráveis dos trabalhadores? Como compatibilizar metas de cessação de benefícios sem considerar as dificuldades e as particularidades, durante o tratamento de cada trabalhador afastado? Será possível quantificar e estabelecer prazos para a resposta de um indivíduo a um processo de recuperação, seja ele de natureza psíquica ou não? O cumprimento das etapas do Reabilita, indicariam (re)educação e (re)adaptação profissional e social para participar do mercado de trabalho e do contexto em que vivem, sobretudo do trabalhador em RP com diagnóstico de TMC?

Venturini, Galassi, Roda e Sergio (2003), analisam, criticamente, o habilitar-se em saúde mental e apontam um aspecto de particular relevância no que diz respeito às pessoas em processo de treinamento ou habilitação à nova função:

A ideia de habilitar não significa, necessariamente, a valorização das pessoas, por reter ainda uma nota pedagógica, fortemente prescritiva: “Eu decido aquilo que você deve fazer”. Quase nunca é ressaltada a vontade do outro de decidir sobre ser habilitado e de escolher o momento mais oportuno para ele (p. 60).

Essa falta de protagonismo da pessoa em processo de reabilitação em saúde mental, como bem assinalam os autores, torna-se ainda mais agravante com relação à condição dos trabalhadores em RP. Isso porque eles enfrentam outros reveses para a reinserção profissional, como o preconceito gerado pelo diagnóstico, incertezas quanto a ser considerado capaz de voltar ao trabalho e de ser acolhido e compreendido por colegas e pela família. Ademais, acrescenta-se a importância da autonomia e participação do trabalhador no processo de finalização das etapas vivenciadas da RP, de modo a contribuir efetivamente na avaliação de seu desempenho no treinamento em nova função, inclusive sobre o momento oportuno para a conclusão da RP.

Retomando a reflexão acerca saúde mental e trabalho, Jacques (2010) faz referência à inclusão no DSM-IV da expressão “doença dos nervos” no sentido de um “reconhecimento das particularidades socioculturais no adoecimento psíquico rompendo o etnocentrismo implícito na classificação das doenças mentais” (p. 100). Esse reconhecimento seria visto como um



termo comum para a “expressão de sofrimento entre latinos, correspondendo a um estado de vulnerabilidade geral frente a circunstâncias e experiências ansiogênicas” (p. 100). É certo, conforme critica a autora, que pode vir a se constituir mais uma justificativa para a desvalorização dos povos latinos por suas “excentricidades”. Adverte que o termo deve ser utilizado com cautela no momento do diagnóstico do adoecimento psíquico. Contudo, o que se pretende aqui ponderar diz respeito à relevância das particularidades socioculturais no adoecimento psíquico, conforme apontado. Tal aspecto, soma-se às reflexões acerca da participação do sujeito no processo de RP e sinaliza a necessidade de que estas particularidades sejam consideradas, sobretudo no âmbito do adoecimento psíquico no contexto da RP. Afinal, de acordo com o Manual Técnico de Reabilitação Profissional (INSS, 2016, p. 32),

(...) destaca-se a importância de considerar como cada reabilitando sente e vivencia o trabalho, desenvolvendo junto com ele um processo reflexivo, de conscientização e mostrando que a Reabilitação Profissional contribui para que o trabalho seja algo saudável e benéfico ao sujeito.

Entretanto, retomando a complexidade da relação entre RP e TMC, relembra-se Canguilhem (2017/1943) a partir de sua arguição: seria o estado patológico apenas uma modificação quantitativa do estado normal? Este questionamento canguilhemiano emerge quando o filósofo problematiza situações em que a normalidade se contrapõe à patologia apenas por diferenças quantitativas, isto é, “os fenômenos patológicos são idênticos aos fenômenos normais correspondentes, salvo pelas variações quantitativas” (Canguilhem, 2017/1943, p. 08) ao mesmo tempo em que afirma: “atualmente ainda existe uma hierarquia vulgar das doenças, baseada na maior facilidade de localizar seus sintomas” (p. 09). A provocação feita pelo autor obedece a uma “exigência do pensamento filosófico, que é a de reabrir debates mais do que fechá-los” (p. 08), o que permite nossa reflexão acerca da RP em situações em que o trabalhador é afastado com diagnóstico de TMC. De um lado, tem-se um programa que prevê etapas pré-estabelecidas, padronizadas e *normatizadas* [grifo nosso], emprestando, também, de Canguilhem, a concepção de norma como um enquadramento que não está à direita ou à esquerda, posto que se encontra no meio, no centro. No contexto da RP, não se trata de uma norma própria do trabalhador, mas daquela que por ele deve ser observada e cumprida, sem grandes possibilidades de não conformidade.

Posta essa breve reflexão, abre-se um diálogo com o que afirma Dejours (1986, p. 08) a respeito da saúde: “se quisermos trabalhar pela saúde deveremos deixar livres os movimentos do corpo, não os fixando de modo rígido ou estabelecido de uma vez por todas”. Assim, a

vivência de sofrimento psíquico no trabalho se materializa pelos sentimentos de indignidade, inutilidade, desqualificação e vivência depressiva (Dejours, 1992), de modo a se estabelecer uma relação existente na perspectiva do autor, entre saúde/doença e protagonismo do sujeito em suas vivências no trabalho.

Voltando ao objetivo principal desta pesquisa relativo às vivências dos trabalhadores com TMCs em situação de RP, o capítulo seguinte discutirá a noção saúde buscando apoio teórico em Canguilhem e agregando suporte na perspectiva dejouriana. Para ambos os autores, o homem é visto como um ser ativo, capaz de questionar, de criar novas normas, um homem de ação, capaz de utilizar meios próprios para traçar um caminho pessoal e original em direção ao bem-estar físico, psíquico e social (Canguilhem, 2017/1943; Dejours, 1986). Esta noção de saúde aponta para uma participação ativa do homem, para quem a saúde é mesmo uma luta e é concebida como mais do que adaptação ao meio, de modo que a vida se oponha ao estado de paralisia.

O processo de reabilitação profissional envolto em prescrições e normas pré-estabelecidas, é, por natureza, provocativo ao trabalhador que nele se insere, no sentido em que lhe impõe a necessidade de dar respostas pessoais no novo meio em que passa a conviver. Na análise da vivência dos trabalhadores participantes desta pesquisa, buscou-se compreender a saúde segundo o que postulam os citados autores.

## 2 UMA NOÇÃO DE SAÚDE: REVISITANDO CANGUILHEM E DEJOURS

Conceituar saúde, quiçá, compreendê-la, constitui uma tarefa nada fácil. Requer o exercício da escolha de diferentes concepções que tratam do tema a partir de perspectivas distintas, sendo elas proximais ou não. Segundo Coelho e Almeida Filho (2003), a dificuldade de conceituar a saúde é reconhecida desde a Grécia Antiga. Contudo, observa-se que a concepção de saúde como a simples ausência de doença é largamente difundida, tanto no senso comum, como afirmada pela medicina, além de orientar a grande maioria das pesquisas da produção tecnológica em saúde, sobretudo aquelas que se referem aos avanços na área de diagnóstico (Batistella, 2007). O paradigma biomédico exerce importante influência para o fortalecimento de tal concepção, levando-se em consideração as crescentes mudanças relativas ao fazer médico tais como o acompanhamento estatístico das doenças e a transformação do ambiente hospitalar, anteriormente associado aos cuidados dos doentes excluídos do meio social, então prestados por religiosos, como do exercício de caridade, transformando-se, gradativamente, em local de cura.

Os fenômenos são explicados pela nova racionalidade a partir do estudo, baseado na observação e na experiência das mudanças morfológicas, orgânicas e estruturais. Por conseguinte, a saúde passa a ser entendida como seu oposto lógico: a inexistência de patologia, ou seja, a própria fisiologia. Essa profunda transformação na forma de conceber a doença irá assentar as bases do sistema teórico do modelo biomédico, cuja força explicativa é responsável pela sua presença até os dias de hoje (Batistella, 2007, p.53).

Seguindo o pensamento de Batistella (2007) acerca das transformações na forma de conceber a doença e, por conseguinte, a saúde, constata-se a existência de diversidade de concepções que se constituem distintas, complementares e até indicativas de possíveis interfaces, conforme breve reflexão descrita a seguir.

## 2.1 A Saúde sob Diferentes Olhares

Na perspectiva da OMS, a saúde é compreendida como completo estado de bem-estar físico, mental e social do indivíduo (WHO, 1948). Esse conceito tem recebido numerosas críticas, dentre elas se destaca a concepção idealizada de um estado de bem-estar preconizado como ausência de movimento, de dinamicidade. A esse respeito, Coelho e Almeida Filho (2003) afirmam que a saúde constitui sim, um estado, contudo dinâmico, que pode depender de muitos fatores: contexto sócio-econômico-político-histórico-cultural, genótipo, psiquismo, modo de vida, aspecto e situação. Nesse sentido, não se trata de compreender nenhum desses aspectos isoladamente, mas entender a maneira como eles se associam e, somente assim, construir um vislumbre da forma como a realidade se apresenta, em particular, nos contextos de saúde e de trabalho.

Caponi (1997), baseando-se em Canguilhem, analisa criticamente as definições de saúde da OMS e da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS, 1987). De acordo com a autora, a definição de saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença, pode legitimar estratégias de controle e de exclusão de todos aqueles considerados indesejados ou perigosos, ao não problematizar os conceitos aí presentes. Outra importante lacuna desta definição, diz respeito ao fato de que as doenças, adversidades, revezes e contrariedades da vida fazem parte da existência e não podem ser associados, necessariamente, a situações de castigo, por mais indesejados que possam ser. A esse respeito afirma Dejours,

(...) o estado de saúde não é certamente um estado de calma, de ausência de movimento, de conforto, de bem-estar e de ociosidade. É algo que muda constantemente e é muito importante que se compreenda esse ponto. cremos que isso muda por completo o modo como vamos tentar definir saúde e trabalhar para melhorá-la (1986, p. 08).

Dejours (1986) ainda assinala outro aspecto importante sobre os limites desse conceito proposto pela OMS, ao afirmar que a saúde das pessoas é um assunto ligado às próprias pessoas. Nesse sentido, a subjetividade é reclamada ao se falar em completo estado de bem-estar, como se este pudesse ser universalizado, estabelecido externamente ao sujeito<sup>15</sup>. Corroborando esta ideia, Simón (1999) ao questionar a definição da OMS afirma a importância da subjetividade

---

<sup>15</sup>O sujeito é aqui considerado na perspectiva de Jürgen Habermas, que reconhece para este a possibilidade da ação, mas também da crítica social que traz, em consequência, a capacidade de sentenciar sobre a ação e buscar a transformação (Minayo, 2001).

em uma situação, por exemplo, em que seja considerado são, um sujeito objetivamente enfermo, pela maneira como se apresenta e, apesar de sua enfermidade, demonstre um alto grau de bem-estar.

Acerca do conceito ampliado, apresentado pela VIII CNS<sup>16</sup>, Caponi (1997) acrescenta que, embora se deva reconhecer o mérito de focar a relação estreita entre saúde e sociedade, tal conceito reduz a uma dimensão única determinante e absoluta o processo saúde/doença. Neste conceito, observa-se a perda de referência à especificidade biológica ou psíquica da doença, porquanto, se exclui qualquer referência a uma dimensão vital, apontando para um reducionismo que não é observado nas proposições feitas por Canguilhem. Da mesma forma, Lunardi (1999) pondera que as condições sociais podem constituir-se “apenas em uma possível facção do problema de saúde, já que, em países desenvolvidos, tais condições foram alcançadas e, no entanto, as pessoas continuam adoecendo por outros problemas” (p. 29).

De acordo com “a perspectiva do campo Saúde do Trabalhador, a concepção de saúde se configura como um processo e não um estado, sendo que o mais importante nesse processo é o ser humano ali comparecer como sujeito, como alguém com condições e instrumentos para interferir naquilo que lhe causa sofrimento” (Paparelli, Sato & Oliveira, 2011, p. 122). A esse respeito, Lacaz (2007) tece considerações sobre a influência da Saúde Ocupacional no processo saúde-doença, apontando para a produção do apagamento do sujeito nesse processo, uma vez que a Saúde Ocupacional atua sobre indivíduos, privilegiando o diagnóstico e o tratamento dos problemas de natureza orgânica, a partir da visão empirista e positivista trazida da clínica. O referido autor analisa, criticamente, a abordagem das relações trabalho e saúde-doença a partir de uma perspectiva universal, tal qual preconizam a OIT e a OMS, e afirma que a visão institucionalizada e construída a partir desses organismos produz um discurso que inibe as possibilidades de se pensar as relações existentes entre trabalho e saúde-doença. Esta dificuldade se daria a partir do duplo caráter de tais discursos: estruturado e estruturante. “Estruturado porque é um determinado grupo que o formula, definindo um leque de respostas possíveis. Estruturante porque limita a eventualidades de se discutir, por exemplo, a eficácia e os limites da Saúde Ocupacional” (Lacaz, 2007, p. 759).

---

<sup>16</sup> “Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. Não é um conceito abstrato, define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento (...)” (Conferência Nacional de Saúde, 1987, p. 382).

No presente estudo, consideram-se os méritos propostos pelas diferentes perspectivas com relação ao conceito de saúde. De um lado, a OMS que apresenta dimensões múltiplas do ser humano; por outro, a ampliação do conceito de saúde definido na VIII Conferência Nacional de Saúde que favorece uma importante articulação entre saúde e sociedade, e, sobretudo, acena com a concepção do campo Saúde do Trabalhador a partir da visão processual da relação saúde-doença. As críticas relativas às lacunas evidenciadas nos dois primeiros conceitos, ratificam a complexidade do tema e a necessidade de possíveis interfaces, mediante a diversidade de perspectivas conceituais. Como bem ponderam Coelho e Almeida Filho (2002), existe uma dificuldade, do ponto de vista epistemológico, de conceituar saúde: “A carência de estudos sobre o conceito de saúde propriamente definido parece indicar uma dificuldade do paradigma científico dominante nos mais diversos campos científicos de abordar a saúde positivamente” (p. 316).

Levando em conta essa discussão preliminar sobre os conceitos de saúde, esta pesquisa buscou apoiar-se teoricamente na epistemologia de Georges Canguilhem. Tal escolha considera que o legado teórico desse importante filósofo possibilita a compreensão das vivências dos trabalhadores com TMC em situação de Reabilitação Profissional, visto que, na perspectiva do autor, a doença e a saúde figuram como dimensões constitutivas do processo dinâmico do ser vivente. Nesse processo, a saúde possui uma estreita relação com a capacidade de o ser vivo estabelecer normas próprias, de tolerar e enfrentar as infrações e as agressões do meio. Segundo Canguilhem (1965, p. 103), “(...) o homem pode trazer muitas soluções para um mesmo problema posto pelo meio. O meio propõe sem jamais impor uma solução”. O conceito de saúde, para o autor, supera a noção de equilíbrio entre o organismo e meio e leva em consideração, muito mais, a capacidade do vivente de instituir novas normas, de fazer uso da sua capacidade criativa.

Uma vez que, neste estudo, compreende-se o processo de Reabilitação Profissional como não-estaque em sua operacionalização, ou seja, embora constitua-se por etapas pré-estabelecidas, é dinâmico em seu fazer, esta concepção de saúde que aponta para a capacidade do humano em criar normas próprias, consubstancia um caminho que pode trazer luz à compreensão das vivências dos trabalhadores pesquisados, frente a um processo que se caracteriza pelas variações próprias do meio de trabalho.



## 2.2 A Saúde em Canguilhem e Dejours

Em 1943, o filósofo, médico e cientista francês, Georges Canguilhem (1904-1995) defendeu sua tese de doutorado, cujo argumento de sustentação afirmava que o normal e o patológico são fenômenos qualitativamente diferentes e opostos. Para o autor, “a doença difere da saúde, o patológico, do normal, como uma qualidade difere de outra, quer pela presença ou ausência de um princípio definido, quer pela reestruturação da totalidade orgânica” (Canguilhem, 2017/1943, p. 11). Em sua tese, o autor apresenta a indagação: “Seria o estado patológico apenas uma modificação quantitativa do estado normal?” (Canguilhem, 2017/1943, p. 03), colocando em questão a fundamentação quantitativista da normalidade.

A análise crítica apontada por Canguilhem, entre o normal e o patológico, partiu dos estudos sobre as obras de dois autores que influenciaram sobremaneira as ciências médicas e biológicas no século XIX, Auguste Comte e Claude Bernard. O autor afirma que sua escolha foi relativa ao papel de “porta-bandeira” por eles desempenhado, no que se refere às discussões acerca da saúde e da doença, segundo uma perspectiva empírica e fisiológica. Sucintamente, a diferença entre ambos está no caminho que leva à descoberta científica. O autor apresenta o pensamento de Comte, cujo interesse “se dirige do patológico para o normal, com a finalidade de determinar especulativamente as leis do normal” (Canguilhem, 2017/1943, p. 13). Desse modo, os fenômenos da doença coincidem essencialmente com os fenômenos da saúde, diferenciando-se, apenas, pela intensidade.

Entretanto, na perspectiva de Claude Bernard o interesse “dirige-se do normal para o patológico, com a finalidade de uma ação racional sobre o patológico” (Canguilhem, 2017/1943, p. 13). Conforme tal perspectiva, o conhecimento da doença é tratado por meio da fisiologia e a partir dela. Além disso, considera que o fisiológico e o patológico se confundem, havendo uma distinção apenas em gradação. Segundo Canguilhem (2017/1943, p. 32),

(...) a identidade – seria necessário precisar se nos mecanismos, ou nos sintomas, ou em ambos? – e a continuidade reais dos fenômenos patológicos e dos fenômenos fisiológicos correspondentes são, na obra de Claude Bernard, uma repetição monótona, mais do que um tema.

Com esse argumento, o autor afirma que a tese de Bernard admite uma diferença qualitativa nos mecanismos e nos produtos das funções vitais no estado patológico e no estado normal. Acrescenta, ainda, que as conclusões de Bernard e de sua medicina experimental, lançam base para a atual medicina, baseada em evidências. Às ideias de Comte e Bernard,

Canguilhem (2005) recupera as concepções de René Leriche que entendia a saúde como a vida no silêncio dos órgãos. Auguste Comte, assim como os médicos Claude Bernard e René Leriche, teriam em comum uma maneira de compreender a diferença entre o normal e o patológico como uma diferença quantitativa que diria respeito a funções e órgãos isolados, como se os fenômenos patológicos fossem, no organismo vivo, apenas variações quantitativas, déficits ou excessos (Safatle, 2011).

Partindo das reflexões de Leriche, a doença é aquilo que perturba os homens no exercício normal de sua vida e em suas ocupações e, sobretudo, aquilo que os faz sofrer. A esse respeito, Canguilhem (2017/1943) pondera o que Leriche demonstra ao afirmar que o silêncio dos órgãos não equivale necessariamente à ausência de doença, “que existem no organismo lesões ou perturbações funcionais que, durante muito tempo, são imperceptíveis para aqueles cuja vida, tais perturbações estão colocando em perigo” (p. 54). Leriche estaria apontando para o fato de que a doença não é do doente, mas do órgão, do tecido. Sobre esse ponto de vista, Canguilhem (2017/1943, p. 54) contra-argumenta afirmando que “a doença ocorre no nível do tecido e, nesse sentido, não pode haver doença sem doente”. O autor assevera a importância do próprio sujeito que sente e percebe um sintoma, no processo de classificação de um possível processo patológico.

A doença, que jamais tinha existido na consciência do homem, passa a existir na ciência do médico. Ora, achamos que não há nada na ciência que antes não tenha aparecido na consciência e que, especialmente no caso que nos interessa, é o ponto de vista do doente que, no fundo, é verdadeiro (Canguilhem, 2017/1943, p. 54).

Seguindo essa proposição canguilhemiana, a medicina existe porque existem pessoas que se sentem doentes, não se tratando, portanto, de técnicas sistematizadas para instruir ou informar às pessoas que elas estão doentes. Na relação entre o médico e o sujeito, há que se considerar que o primeiro aceita, de um modo geral, ser instruído acerca do que somente aquele que sente o sintoma pode informar, passando a agir conforme um exegeta e não como um reparador (Canguilhem, 2005). O saber médico constitui um dispositivo de promoção e proteção da saúde subjetiva, “o médico acolhe o que o paciente lhe diz e o que o seu corpo anuncia através dos sintomas e sinais clínicos” (Coelho & Almeida Filho, 1999, p. 27). Esse discurso da cientificidade da medicina é contraposto por Canguilhem (2005) na medida em que ele afirma que é a normatividade – e não a ciência – que determina a diferença entre o normal e o patológico. Dessa forma, o autor tanto reclama a autonomia do sujeito quanto remete a uma distinção entre medicina e ciência.



Ocorre com a medicina o mesmo que com todas as técnicas. É uma atividade que tem raízes no esforço espontâneo do ser vivo para dominar o meio e organizá-lo segundo seus valores de ser vivo. É nesse esforço espontâneo que a medicina encontra seu sentido, mesmo não tendo encontrado, antes, toda a lucidez crítica que a tornaria infalível. Eis porque, sem ser ela própria uma ciência, a medicina utiliza os resultados de todas as ciências a serviço das normas da vida (Canguilhem, 2017/1943, p. 166).

O filósofo assinala uma confusão análoga em medicina, para a qual o estado normal designa, ao mesmo tempo, o estado habitual dos órgãos e seu estado ideal, passando a ser o restabelecimento do habitual o objeto usual da terapêutica. Nesse sentido, afirma que em medicina, o estado normal do corpo humano é o estado que se deseja restabelecer. O autor faz críticas sobre o conceito de normal a partir de distintos dicionários de medicina e filosofia, concluindo sobre uma noção equivocada ao discutir os sentidos encontrados, uma vez que todos apontavam para a ideia de que o normal implica em norma e norma significa esquadro:

(...) aquilo que não se inclina nem para a esquerda nem para a direita, portanto o que se conserva em um justo meio-termo; daí derivam dois sentidos: é normal aquilo que é como deve ser; e é normal, no sentido mais usual da palavra, o que se encontra na maior parte dos casos de uma espécie determinada ou o que constitui a média ou o módulo de uma característica mensurável (Canguilhem, 2017/1943, p. 79).

A questão elaborada por Canguilhem (2017/1943), na segunda parte de sua tese, ao questionar se existem ciências do normal e do patológico, provoca uma reflexão acerca do normal, na medida em que introduz o conceito de normatividade da vida como um conceito que suplanta o normal nas bases discutidas pelo autor, em particular quando critica a fundamentação quantitativista da normalidade. O conceito de normatividade apresenta-se como preponderante na epistemologia canguilhemiana e aponta para a ideia de autodeterminação. Para o autor, normatividade diz respeito à potência da vida para criar novas normas e indica que a vida se autodetermina na medida em que as estabelece. A vida é uma atividade normativa e o sentido pleno da palavra normativo é o que institui normas (Canguilhem, 2017/1943). Conforme comentam Puttini e Pereira (2007, p. 456), a argumentação do filósofo “se baseou numa crítica de determinadas categorias referenciadas no conceito de normalidade – anormal, anomalia, norma, média e patologia, termos que foram enfocados em sua análise de dogmas subjacentes à atividade médica terapêutica”, cuja prática era reclamada pelo filósofo como alheia à

capacidade normativa do homem. A diferença entre o normal e a normatividade pode ser encontrada na seguinte proposição:

O homem normal é o homem normativo, o ser capaz de instituir novas normas, mesmo orgânicas. Uma norma única de vida é sentida privativamente e não positivamente. Aquele que não pode correr e se sente lesado, isto é, converte sua lesão em frustração e, apesar daqueles que o cercam evitarem mostrar-lhe sua incapacidade – como quando crianças afetuosas evitam correr em companhia de um menino manco – o enfermo sente muito bem à custa de que repressão e de que abstenções por parte de seus semelhantes qualquer diferença entre eles e o próprio enfermo é, aparentemente, anulada (Canguilhem, 2017/1943, p. 92).

Percebe-se, aqui, que a noção de patologia estaria vinculada à relação de flexibilidade entre o organismo e seu meio ambiente, estando no centro da terapêutica a necessidade de colocar a experiência subjetiva do sofrimento, considerando que é a pessoa que tem maior conhecimento sobre si e não a figura do médico. O patológico configura-se como a perda da capacidade normativa, à obediência irrestrita às normas e respectiva impossibilidade de mudança. Canguilhem (2017/1943) manifesta tal posicionamento ao recusar a relação do normal com o conceito de média aritmética, de frequência estatística ou, ainda, de uma idealização em condições experimentais determinadas, como se o normal fosse um problema biométrico. Nessa direção, o patológico não pode ser considerado como anormal, senão quando comparado a uma determinada ordem que lhe é diferente, posto que não exista algo normal ou anormal em si.

O normal, portanto, significa viver num meio em que flutuações e novos acontecimentos sejam possíveis; é a possibilidade de ficar doente e poder recuperar-se. Como referem Coelho e Almeida Filho (1999, p. 19), “a qualidade que diferenciava o estado de saúde do estado patológico seria a abertura a eventuais modificações, pois essa abertura estaria presente na saúde e ausente no estado patológico, o que conferiria à doença um caráter conservador”. Ao refletir sobre o sentido da palavra normal, Canguilhem (2017/1943) resume sua compreensão quando afirma que é a vida em si mesma, e não a apreciação médica, que faz do normal biológico um conceito de valor, e não um conceito de realidade estatística.

Sobre o conceito de anomalia, é emblemática a afirmação de que ela “é a consequência de variação individual que impede dois seres de poderem se substituir um ao outro de modo completo” (Canguilhem, 2017/1943, p. 89). Nesse sentido, a diversidade não é doença, o

anormal não é o patológico, visto que patológico implica *pathos*, sentimento direto e concreto de sofrimento e de impotência, sentimento de vida contrariada. Expandindo tal afirmação:

Quando a anomalia é interpretada quanto a seus efeitos em relação à atividade do indivíduo e, portanto, à imagem que ele tem de seu valor e de seu destino, a anomalia é *enfermidade*. Enfermidade é uma noção vulgar, mas instrutiva. As pessoas nascem ou se tornam enfermas. É o fato de tornar-se enfermo, interpretado como uma diminuição irremediável, que repercute sobre o fato de nascer assim. No fundo, pode haver para um enfermo uma atividade possível e um papel social condigno. No entanto, a limitação forçada de um ser humano a uma condição única e invariável é considerada pejorativamente, em referência ao ideal humano normal que é a adaptação possível e voluntária a todas as condições imagináveis. É o abuso possível da saúde que constitui a razão do valor que se dá à saúde (...) (Canguilhem, 2017/1943, p. 91).

Esse extenso excerto da obra de Canguilhem parece ser bastante revelador dos meandros que estão presentes na reabilitação profissional, motivo pelo qual este estudo foi cotejado às proposições feitas por este filósofo e médico francês, cuja contribuição para a compreensão da saúde, em que pese o grande desafio que isto representa, são imprescindíveis. A expectativa do autor de que pode haver um papel social condigno para alguém considerado como “enfermo”, parece remeter a todo o processo de reabilitação profissional. Isso porque ela se propõe a abrir caminhos para a retomada da vida laboral do trabalhador afastado, independentemente do motivo pelo qual isto veio a acontecer, sobretudo, quando se compreende que a norma de vida anterior ao afastamento, não sendo considerada como norma única e o trabalhador lançando mão de sua normatividade, possa criar normas próprias ao invés de limitar-se à adaptação ao novo meio de trabalho do qual se torna partícipe.

A relevante contribuição, sem dúvida, deixada por Canguilhem em oposição aos estudos relacionados à saúde, implica na recusa em aceitar uma concepção de saúde com pretensão de valor universal.

Ser sadio significa não apenas ser normal numa situação determinada, mas ser, também, normativo, nessa situação e em outras situações eventuais. O que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas (Canguilhem, 2017/1943, p. 158).

A perspectiva canguilhemiana de saúde sobre a necessidade de que se considere a capacidade normativa<sup>17</sup> intrínseca a cada pessoa, remete à ideia de que a saúde não se reduza a uma adaptação restrita às normas. Ao contrário, diz respeito a esta capacidade normativa do humano de enfrentar as adversidades do meio. O enfoque que Canguilhem confere à noção de saúde se refere a ela como verdade do corpo que não é explicada por teoremas, posto que é intrínseca a cada pessoa.

Partindo de outra relação do normal, desta vez com o mental, Canguilhem apresenta o campo mental próximo ao do biológico no que diz respeito às normas e ressalta o valor clínico do sintoma ao se analisar um quadro psicopatológico, alegando que, muitas vezes, “ele pode trazer elementos novos que fogem à norma ou à vida psíquica dita normal” (Campos, 2014). Canguilhem (2017/1943) afirma que na consciência patológica podem existir formas que não tenham equivalentes no estado normal e, por isso, a desorganização mórbida não é o simétrico inverso da organização normal. De acordo com o autor, “como não existem fatos psíquicos elementares separáveis, não se podem comparar os sintomas patológicos com elementos da consciência normal, porque um sintoma só tem sentido patológico no seu contexto clínico que exprime uma perturbação global” (p. 72).

Seguindo o pensamento de Minkowski, apresentado pelo filósofo como importante contribuição para a definição da essência geral do fato psíquico mórbido ou anormal e suas relações com o normal, o autor afirma que a alienação ou anomalia psíquica apresenta caracteres próprios que o conceito de doença não contém e que, no tocante ao diagnóstico mais do que a opinião dos médicos, será a maneira como o paciente se percebe somada às ideias dominantes do meio social que determinarão o que se denomina de doença (Canguilhem, 2017/1943). A compreensão que o autor apresenta acerca da postura médica é descrita com clareza quando afirma:

(...) compreende-se perfeitamente que os médicos se desinteressem de um conceito que lhes parece ou excessivamente vulgar ou excessivamente metafísico. O que lhes interessa é diagnosticar e curar. Teoricamente, curar é fazer voltar à norma uma função ou um organismo que dela se tinham afastado. O médico geralmente tira a norma de seu conhecimento da fisiologia, dita ciência do homem normal, de sua experiência vivida das funções orgânicas, e da representação comum da norma em um meio social em dado momento. Das três autoridades, a que predomina é, de longe, a fisiologia (Canguilhem, 2017/1943, p. 77).

---

<sup>17</sup>Normatividade aqui compreendida como capacidade individual de enfrentamento e adaptação ao meio.

Ainda sobre o campo do psiquismo humano, Coelho e Almeida Filho (1999, p. 24), analisando o pensamento de Canguilhem, afirmam que “a normatividade é a reivindicação e o uso da liberdade para a revisão e a instituição de normas, o que implica “normalmente” o risco da loucura”. Esses autores levantam um questionamento sobre a real possibilidade de o anormal obedecer às normas, porém, fazê-lo em demasia, para concluir que o conceito de normal será sempre, por conseguinte, um conceito normativo e filosófico. Isto posto, considera-se o que assevera Canguilhem quanto à classificação, “intuitiva” de um homem como alienado,

(...) é intuitivamente que classificamos um homem como alienado, e o fazemos como homens e não como especialistas. O alienado não se enquadra não tanto em relação aos outros homens, mas em relação à própria vida; não é tanto desviado, mas sobretudo diferente (Canguilhem, 2017/1943, p. 73).

A perspectiva analítica constituída por Canguilhem, na qual a saúde e a doença são vistas como dimensões constitutivas do processo dinâmico da vida, observando-se para tanto, que uma relaciona-se dialeticamente com a outra, traduz-se, nesta pesquisa, como uma pista que pode, de forma significativa, auxiliar a compreensão das vivências de trabalhadores com TMC em reabilitação profissional. Isso implica em considerar que as situações de trabalho e o próprio processo de reabilitação profissional são marcados pela natureza dinâmica e processual.

A relação entre a noção de saúde e os meios de trabalho, aspecto fundamental para as análises neste estudo, é discutida por Canguilhem (2001) em uma espécie de contrassenso entre a concepção das relações do homem e do meio na atividade industrial, tanto do ponto de vista psicológico quanto biológico, sendo este último menos evidente. Conforme discute<sup>18</sup>, o modelo *taylorista* traz a concepção de operário<sup>19</sup> como aquele que deve reagir, sem iniciativa pessoal, a uma soma de estimulações, movimentos mecânicos, ordens sociais, dos quais ele não pode escolher nem a qualidade, nem a intensidade, nem a frequência. O contrassenso ao qual se refere o autor diz respeito ao fato de que “o meio só pode impor algum movimento a um organismo quando este organismo se propõe primeiro ao meio, conforme certas orientações próprias. Uma reação imposta é uma reação patológica” (Canguilhem, 2001, p. 115). Ao contrário, as manifestações de resistência do trabalhador às medidas impostas, devem ser compreendidas

---

<sup>18</sup> Canguilhem reflete sobre a obra de Friedamann, que apresenta o rigor da análise do trabalho sob o governo taylorista, ancorado nos saberes de diferentes disciplinas, e as consequências daquele para a condição humana. Suas reflexões trazem o homem como ser da norma e por isso mesmo, capaz de (re)propor, modificando, o meio em que vive e trabalha (Canguilhem, 2001).

<sup>19</sup> Termo utilizado por Canguilhem (2001, p. 115).



tanto como “reações de defesa biológica quanto como reações de defesa social, e nos dois casos, como reações de saúde” (p. 116).

Por fim, contamos com a noção de saúde atrelada à capacidade normativa do sujeito, à infração às normas (im)postas, à capacidade de enfrentar situações novas pela margem de tolerância ou de segurança que cada um possui para enfrentar e superar as infidelidades do meio, o que vai além da dimensão essencialmente adaptativa. Com Canguilhem (2017/1943), considera-se que a saúde tem a ver com a capacidade de o ser vivo estabelecer novas normas, ser normativo (diferentemente de ser normal), além de ser capaz de cair enfermo, adoentar-se e poder recuperar-se.

Seguindo uma linha argumentativa semelhante, Dejours (1986), ao refletir sobre a saúde das pessoas, afirma que este é um tema ligado às próprias pessoas. Quando relaciona esse assunto ao trabalho, considera que não é a regularidade, a ausência de mudanças ou as práticas fixas que favorecem a saúde, mas exatamente o contrário desta realidade. Tomando da fisiologia a noção de movimento e de mudanças, uma vez que esta apresenta o organismo como mutável, não estável, o autor afirma:

Cremos que se pode mostrar que, mais uma vez, é a variedade, a variação, as mudanças no trabalho que são as mais favoráveis à saúde. Cremos que a primeira aquisição desse ponto de vista que vem da fisiologia conduz a que se conceba toda a vida como movimentos, bem como a que se assegure, antes de tudo, a liberdade desses movimentos (Dejours, 1986, p. 09).

Dejours (1986) reconhece que o acúmulo de novos conhecimentos e experiências nas áreas da fisiologia, da psicossomática e da psicopatologia do trabalho, permitiram avançar e progredir a definição de saúde apresentada pela OMS. Sugere, de forma contundente, a importância e significado da saúde desde que sua compreensão se dê a partir da consideração e entendimento de que se trata de um processo dinâmico e contínuo, experimentado e vivenciado de forma diferente em cada pessoa, tanto na dimensão orgânica quanto na dimensão psíquica. Para evidenciar sua perspectiva, exemplifica o próprio processo de crescimento e envelhecimento do ser humano, marcado por instabilidades e mudanças, de ordem particular e pessoal.

O estado de saúde não é certamente um estado de calma, de ausência de movimento, de conforto, de bem-estar e de ociosidade. É algo que muda constantemente e é muito importante que se compreenda esse ponto. Cremos que isso muda por completo o modo

como vamos tentar definir saúde e trabalhar para melhorá-la. Isto significa que, se quisermos trabalhar pela saúde deveremos deixar livres os movimentos do corpo, não os fixando de modo rígido ou estabelecido de uma vez por todas (Dejours, 1986, p. 08).

Quando relaciona a saúde ao trabalho, o autor pondera que tanto o trabalho quanto o não-trabalho podem causar sofrimento ao sujeito, uma vez que “a problemática não é certamente perguntar se se trata de trabalho ou não-trabalho. A problemática é – qual trabalho?” (Dejours, 1986, p. 10). A importância de enxergar a organização do trabalho é preponderante em suas proposições acerca da saúde. Para ele, o que importa no trabalho em relação ao funcionamento psíquico e à vida mental, é justamente a organização do trabalho, conceito distinto de condições de trabalho. Este último diz respeito às condições físicas, químicas e biológicas presentes no ambiente do trabalho, enquanto a organização do trabalho se refere à divisão de tarefas e à divisão dos homens.

Dejours (1992) conceitua organização do trabalho como a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa, levando em consideração que o trabalho dela deriva: o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade. De acordo com Dejours e Abdoucheli (1994, p. 126) “a divisão das tarefas e o modo operatório incitam o sentido e o interesse do trabalho para o sujeito, enquanto a divisão de homens solicita sobretudo as relações entre pessoas e mobiliza os investimentos afetivos, o amor e o ódio, a amizade, a solidariedade, a confiança etc.”. A seguinte citação deste médico descreve, com clareza, sua posição acerca da relação saúde-organização do trabalho.

Assim, a organização do trabalho atinge dois pontos: o conteúdo das tarefas e as relações humanas. Pois bem, isso não ataca diretamente o corpo, mas a cabeça das pessoas que trabalham; ataca o que chamamos de "funcionamento mental". O estudo sobre a organização do trabalho acerca dessa contradição, que coloca, de um lado, a organização do trabalho e, de outro, o funcionamento mental, mostra que há organizações do trabalho que são muito perigosas para o funcionamento mental e outras que não o são, ou que são menos perigosas. Particularmente, as organizações do trabalho perigosas são as que atacam o funcionamento mental, ou seja, o desejo do trabalhador. Quando se ataca o desejo do trabalhador, e há organizações que são terríveis porque atingem diretamente isso, provoca-se não somente perturbações, mas também sofrimentos e, eventualmente, doenças mentais e físicas (Dejours, 1986, p. 10).

Na concepção desse autor, as questões psíquicas não remetem a um estado de bem-estar e de conforto, mas dirigem-se a objetivos, desejos, esperança. “A saúde é quando ter esperança, é permitido” (Dejours, 1986, p. 09), quando se lança mão da possibilidade real de traçar um caminho pessoal e original, em direção ao bem-estar físico, psíquico e social. No seu entender, o bem-estar psíquico remete à liberdade que é deixada ao desejo de cada um na organização de sua vida. A liberdade do corpo também é reclamada por Dejours como um indicativo de saúde, como, por exemplo, poder dormir quando se está com sono, descansar quando o corpo indica necessidade de repouso, figuram como sinais de saúde.

Desse ponto de vista, podem ocorrer vivências de prazer e/ou de sofrimento no trabalho, expressas por meio de sintomas específicos relacionados ao contexto sócio-profissional e à própria estrutura de personalidade (Mendes, 1995). Considerado principal expoente da Psicodinâmica do Trabalho, Dejours (2004) parte de uma abordagem clínica, apoiada na descrição e no conhecimento das relações entre trabalho e saúde mental. Trata-se de “uma disciplina teórica que se esforça para inscrever os resultados da investigação clínica da relação com o trabalho numa teoria do sujeito que engloba, ao mesmo tempo, a psicanálise e a teoria social” (p. 28).

Um importante conceito aqui evocado é o de cooperação, discutido por Dejours (2004) a partir da reflexão acerca da tradição *taylorista* onde as organizações do trabalho remetem à divisão social e técnica do trabalho, a partir da definição de tarefas, atribuições e prerrogativas limitadas a cada pessoa. O autor pondera que, se os trabalhadores respeitassem na íntegra as diretivas de seus gestores, nenhuma produção seria possível. O reajuste das prescrições, tornando-as diferentes da organização prescrita, é que faz funcionar o trabalho. Afirma Dejours (2004, p. 32) que,

À coordenação (prescrita), os trabalhadores respondem com a cooperação (efetiva). Entre as duas se interpõe uma série complexa de iniciativas que, quando é eficiente, resulta na formação de regras de ofício, elaboradas pelos trabalhadores, as quais consistem no estabelecimento de acordos entre os membros do coletivo a respeito das maneiras de trabalhar.

De acordo com o referido autor, não basta que o trabalhador dê testemunho de sua atividade efetiva. Ora, é preciso que ele a torne compreensível e que justifique os distanciamentos que se autoriza em relação aos procedimentos, fazendo da cooperação “um grau suplementar na complexidade e na integração da organização do trabalho (Dejours, 2004, p. 67). Trata-se da manifestação da vontade das pessoas de trabalharem juntas e superarem,



coletivamente, as contradições que surgem da própria natureza ou da essência e organização do trabalho e sua ausência corresponde a um ato de bloqueio da produção.

A retribuição figura na análise psicodinâmica como uma dimensão de fundamental importância e sua natureza é apresentada como simbólica, revestida de forma específica como reconhecimento. A falta de reconhecimento é tema recorrente no universo do trabalho, além de não se tratar de uma “reivindicação marginal, mas de proposição fundamental da psicodinâmica da cooperação” (Dejours, 2004, p. 72). Reforçando essa concepção, Bendassolli (2012) aponta a cooperação como nuclear para o processo de construção identitária e de saúde e prazer no trabalho. O reconhecimento deve ser visto, segundo a abordagem da Psicodinâmica do Trabalho, em duas diferentes dimensões: no sentido de constatação, quando se refere à contribuição individual, específica à organização do trabalho; e no sentido de gratidão, pela contribuição dos trabalhadores à organização do trabalho. Destaca-se que o reconhecimento é permeado pelo julgamento, também apresentado por Dejours (2004) como sendo de utilidade, trazido pelos superiores hierárquicos, e de estética, proferidos pelos pares, colegas, membros da equipe ou da comunidade.

A influência do reconhecimento na construção identitária, é sinalizada por Dejours (2004) ao discutir a conquista da identidade na dinâmica intersubjetiva do reconhecimento no trabalho, em ligação direta com a realização pessoal no campo das relações sociais, já que “a conquista da identidade no campo social, mediada pela atividade de trabalho, passa pela dinâmica do reconhecimento” (p. 75). Além dessa relevante constatação, o autor associa a dinâmica do reconhecimento nas situações de trabalho à cooperação, concluindo que esta é indissociável da economia da identidade e da saúde mental no trabalho.

Não se pretende, nesta descrição sumarizada da Psicodinâmica do Trabalho, dar conta da completude de suas proposições, mas acima de tudo, sinalizar conceitos centrais desta abordagem, considerando que consubstanciam possibilidades plausíveis de compreensão do estudo em tela, visto que seu pensamento se aproxima da realidade pesquisada. Pode-se aqui destacar sua afirmação quanto à saúde das pessoas ser um assunto ligado a elas mesmas, concepção pertinente ao processo de reabilitação profissional, uma vez que, adotando o ponto de vista do autor, abre-se a possibilidade de que seja feita uma análise do trabalho a partir da experiência e avaliação da trajetória da reabilitação. Percebe-se, nesse sentido, a importância dessa abordagem clínica do trabalho para fomentar o debate sobre a compreensão da relação saúde e trabalho, de modo a contribuir com as vivências dos trabalhadores em reabilitação profissional.

As reflexões teóricas, encetadas ao longo deste capítulo, visam construir um debate, mesmo que preliminar, entre duas contribuições não contraditórias sobre o processo saúde-doença-trabalho. A primeira, cunhada pela concepção de saúde por Georges Canguilhem, vai além das determinações estatísticas usadas pela medicina para definir o que é saúde e doença; a segunda, ensejada pela Psicodinâmica do Trabalho, fornece elementos para pensar a relação saúde e trabalho a partir da dinâmica prazer-sofrimento vivenciada no trabalho. Nesse sentido, em conjunto, as contribuições de Georges Canguilhem e a perspectiva teórica da Psicodinâmica do Trabalho, foram adotadas neste estudo com vistas a favorecer uma melhor compreensão das vivências dos trabalhadores pesquisados.

### **3 PERCURSO METODOLÓGICO**

O presente capítulo descreve a metodologia utilizada nesta pesquisa, construída com vistas ao alcance dos objetivos declarados, levando em consideração que o método deve estar sempre subordinado ao problema estudado (Laville & Dionne, 1999). Para tanto, definiu-se um percurso metodológico que pudesse favorecer a elucidação das questões propostas neste estudo. A pesquisa foi do tipo qualitativa, posto que esse tipo de pesquisa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, sendo “caracterizada pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo” (Minayo, 2014, p. 57). Considera-se, também, como exploratória, visto que, uma pesquisa exploratória objetiva proporcionar maior familiaridade com um problema, na medida em que envolve levantamento bibliográfico e entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado. Este tipo de pesquisa tem o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato, podendo ser considerada a primeira etapa de uma investigação mais ampla (Gil, 2008).

#### **3.1 Local e Participantes da Pesquisa**

A pesquisa foi realizada na cidade Campina Grande/PB, nas dependências de três agências do INSS mediante autorização da instituição. Uma das entrevistas foi realizada na residência do participante por sua solicitação.

Com relação aos participantes, a amostra foi composta a partir do critério de acessibilidade ou conveniência, tipo de amostragem em que se admite que a seleção feita possa representar o universo pesquisado (Gil, 2008). Desse modo, participaram, voluntariamente, quatro trabalhadores que passaram pelo programa Reabilita do INSS cujo motivo de afastamento estiveram relacionados a Transtornos Mentais e Comportamentais de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10 / Grupo F), ainda que houvesse associação com outro tipo de patologia, cujo processo de reabilitação tenha sido realizado no biênio 2014-2015. Foram excluídos apenas os trabalhadores não localizados por possíveis alterações nos dados de endereço e telefone. Não houve recusa por parte de nenhum participante quanto à colaboração com a pesquisa.

### **3.2 Instrumentos**

Utilizou-se, como instrumento de coleta de dados, um questionário sociodemográfico que possibilitou a apreensão de informações pessoais dos participantes, bem como a caracterização sistematizada da amostra. Foi também utilizado um roteiro para entrevista semiestruturada, apresentada por Laville e Dione (1999) como um dispositivo que permite uma conversa com finalidade que facilita um contato mais íntimo entre os atores da pesquisa - entrevistado e entrevistador - para uma exploração fecunda dos saberes e crenças do entrevistado, além de uma melhor compreensão da realidade social. De acordo com Minayo (2014), esse tipo de entrevista facilita a abordagem por ter um apoio claro na sequência das questões, uma vez que conta com um roteiro de perguntas que orientam o diálogo.

Os tópicos que nortearam a entrevista foram previamente elaborados e buscaram verificar indícios das vivências dos trabalhadores durante o processo de RP. A estruturação do roteiro priorizou o programa Reabilita e a visão dos participantes acerca do impacto deste programa no seu retorno à atividade laboral, visando também uma aproximação com suas concepções de saúde e trabalho no contexto da RP, tomando como base os referenciais teóricos que fundamentaram este estudo. As entrevistas foram gravadas com o consentimento prévio dos participantes após terem assinado, voluntariamente, o Termo de Autorização Para Gravação de Voz e serem devidamente esclarecidos quanto ao objetivo do registro em áudio, no sentido de que este registro garantiria a fidelidade de suas falas nas transcrições necessárias para a execução das análises.

### **3.3 Procedimentos de Coleta de Dados e Aspectos Éticos**

Inicialmente, foi encaminhado ao INSS cópia do projeto de pesquisa, a fim de que a instituição pudesse autorizar o acesso aos prontuários dos trabalhadores reabilitados, de modo a serem identificados os dados secundários. Mediante autorização formalizada, conforme Termo de Autorização Institucional e Termo de Autorização Institucional Para Uso e Coleta de Dados em Arquivos, foram acessados manualmente cento e trinta e quatro prontuários, em três agências do INSS na cidade Campina Grande/PB, dos quais doze apresentaram registro de TMC. A triagem foi feita durante o mês de dezembro de 2016.

De posse das informações contidas nos prontuários, foi feito o contato telefônico com os trabalhadores reabilitados para agendamento das entrevistas, que foram realizadas em sala

reservada, cedida pela instituição entre os meses de janeiro e fevereiro de 2017, de acordo com a conveniência de cada participante.

Para o uso e aplicação dos instrumentos de coleta de dados, buscou-se a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), conforme protocolo de aprovação sob o nº 63123016.3.0000.5187, visando atender às orientações contidas nas Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos – Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Utilizou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, que foi apresentado aos participantes antes da realização da entrevista juntamente com a Autorização Para Gravação de Voz, conforme já mencionado, ao mesmo tempo em que buscou-se expor o objetivo da pesquisa antes de cada assinatura. As entrevistas, que tiveram duração média de sessenta minutos, foram realizadas individualmente e, na mesma ocasião, foi aplicado o questionário sociodemográfico.

### **3.4 Procedimentos de Análise dos Dados**

Os dados angariados através do questionário sociodemográfico foram sistematizados em planilha a fim de que fosse traçado o perfil da amostra, enquanto os materiais obtidos por meio das entrevistas foram analisados à luz da análise de conteúdo com recorte por temas (Laville & Dionne, 1999). Esse tipo de análise, como observa Minayo (2014), visa mais que um procedimento técnico, posto que consiste em uma ação que faz parte de uma histórica busca - teórica e prática - no campo das investigações sociais. A autora alerta para o cuidado de se enxergar para além da técnica, mas o que em essência, ela busca alcançar.

De acordo com Laville e Dionne (1999), desmontar a estrutura e os elementos do conteúdo obtido para esclarecer suas diferentes características e extrair sua significação, consiste no princípio dessa perspectiva. Nesta direção, foram fixadas as modalidades do recorte dos conteúdos e, uma vez que as categorias já haviam sido determinadas, as unidades resultantes foram organizadas no interior de cada uma delas. É importante ressaltar, seguindo o que dizem os autores, que nenhuma regra obriga a proceder em primeiro lugar ao recorte. Desse modo, foram fixadas, inicialmente, as categorias e, em seguida, feitos os recortes dos conteúdos, ou seja, optou-se pelo recorte de conteúdo a partir de temas, de modo a possibilitar uma melhor aproximação da pesquisadora do sentido do conteúdo. Tal prática conduz, naturalmente, mais do que com os fragmentos que dependem da estrutura lexical ou gramatical, à construção de suas unidades de análise a partir da compreensão desse conteúdo (Laville & Dione, 1999).

Os autores assinalam a possibilidade de que a definição das categorias analíticas siga o modelo misto, no qual elas são denominadas no início (com base no conhecimento teórico-prático da pesquisadora), levando em conta a flexibilidade para inclusão de outras ao longo da análise. Seguindo tal proposição, conforme já citado, as categorias foram previamente definidas e, no percurso da análise e seguindo aquilo que foi aportado em seu decorrer, foram selecionadas subcategorias.

A partir da divisão por fases da análise de conteúdo, proposta por Campos (2004), o processo foi iniciado com a pré-exploração ou leituras flutuantes das entrevistas transcritas. Segundo o autor, “a utilização de uma leitura menos aderente, promove uma melhor assimilação do material e elaborações mentais que fornecem indícios iniciais no caminho a uma apresentação mais sistematizada dos dados” (Campos, 2004, p. 613).

Sequencialmente, foi feita a seleção das unidades de análise ou unidades de significados. Nessa etapa, foram consideradas uma a uma as unidades à luz dos critérios da grade de análise para escolher a categoria que convém melhor a cada uma (Laville & Dione, 1999). É oportuno salientar que a opção pela unidade temática foi feita a partir da interdependência entre os objetivos do estudo, os fundamentos teóricos que o embasaram e, em última instância, pela própria intuição e considerações pessoais da pesquisadora (Campos, 2004).

Finalmente, a categorização e subcategorização foram consubstanciadas segundo os resultados das etapas anteriores e passaram a representar a reconstrução dos conteúdos analisados a partir da lógica dos temas, visando expressarem uma intencionalidade de deixar à mostra o objeto de estudo.

A descrição discursiva e exemplificações das unidades de análise significativas para cada categoria, serão apresentadas no capítulo seguinte, que discorrerá sobre a análise e discussão dos resultados deste estudo.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, buscou-se relacionar as experiências dos trabalhadores no Programa Reabilita, analisando os relatos que perpassaram todas as etapas do referido Programa, quais sejam: convocação feita pelo INSS; treinamento em outra função e resultados alcançados (ou não) ao final do processo, ao mesmo tempo em que se procurou apreender a atribuição dos significados do trabalho e da saúde enunciados pelos entrevistados. Os resultados e análises, por sua vez, foram elencados em categorias e subcategorias empíricas, considerando os núcleos de sentido de cada uma delas, possibilitando uma maior aproximação com o objeto de estudo. Inicialmente será apresentada a caracterização dos participantes de acordo com o que foi coletado a partir do questionário sociodemográfico e, em seguida, serão apresentados os resultados e discussão de acordo com as categorias sistematizadas.

### 4.1 Caracterização dos Participantes

A pesquisa contou com 04 (quatro) participantes, sendo dois do gênero feminino e dois do gênero masculino, com idades de 31, 40, 49 e 56 anos. Quanto à escolaridade, três participantes possuíam o ensino médio concluído e um, do gênero masculino, ensino superior incompleto. Entre os quatros participantes, três afirmaram ser evangélicos e um católico (Tabela 1).

**Tabela 1.** Caracterização sociobiográfica dos participantes (N=4).

Variável	Categoria	Frequência
Gênero	Masculino	2
	Feminino	2
Idade	31	1
	40	1
	49	1
	56	1
Escolaridade	Ensino médio completo	3
	Ensino superior incompleto	1
Religião	Católica	1
	Evangélica	3

Observou-se, ao longo das narrativas, tanto nas empresas quanto nas relações com o INSS, que todos os participantes relataram apoiar-se em experiências religiosas (mesmo sem



terem sido questionados durante as entrevistas). Esse aspecto foi recorrente nas narrativas referentes ao processo de reabilitação, em face da mudança de função, do enfrentamento de novas situações de trabalho e relacionamentos interpessoais e das expectativas quanto ao futuro, ou seja, se permaneceriam na empresa de origem ou se teriam outras oportunidades no mercado de trabalho. Evidencia-se, nessas situações, um apelo às crenças religiosas - “Fé em Deus”, por considerarem a imprevisibilidade dos resultados que viriam a alcançar, concluída (ou não) a reabilitação.

Mediante a pesquisa documental, realizada nos prontuários das Agências da Previdência Social (APS's), foram identificados os códigos (classificação do CID-10) e denominação das patologias que ocasionaram o afastamento dos trabalhadores e o tipo de benefício concedido pelo INSS. Dados como o ramo de atividade da empresa na qual trabalhavam antes da reabilitação, último cargo exercido antes da reabilitação, empresa onde reabilitaram (se era a empresa na qual estavam vinculados antes da reabilitação ou se outra empresa) e função na qual foram treinados, podem ser visualizados na Tabela 2.

**Tabela 2.** Caracterização dos participantes quanto a aspectos relacionados ao processo da Reabilitação Profissional.

<b>Participante</b>	R1	R2	R3	R4
<b>CID</b>	F-32.2 e F-41.0 Episódio Depressivo Grave sem Sintomas Psicóticos/Outros Transtornos Ansiosos	F-41 Transtorno Ansioso após TTO cirúrgico de neoplasia maligna renal	F-40.8 Outros Transtornos Fóbicos Ansiosos	F-41.3 Outros Transtornos Ansiosos Mistos
<b>Tipo de Benefício</b>	91	31	31	31
<b>Ramo de atividade</b>	Centro de Assistência Psicossocial CAPS	Serviço público federal	Comércio de móveis	Indústria de confeções
<b>Último cargo antes da reabilitação</b>	Cuidadora	Motorista	Gerente/Instrutor de treinamento	Costureira
<b>Empresa onde treinou</b>	Outra PSF/UPA	De vínculo	De vínculo	Outra Prestadora de serviços
<b>Função treinamento</b>	Recepcionista	Auxiliar Administrativo	Vendedor	Auxiliar Administrativo

*Nota:* Tabela elaborada com base nos prontuários das APS's e relatos dos entrevistados.

O tipo de benefício predominante foi o B-31 - auxílio doença prestado ao trabalhador afastado da empresa por motivo de saúde não relacionado à sua atividade laboral. Apenas um entrevistado recebia o B-91 - benefício previdenciário acidentário, concedido ao trabalhador que sofreu um acidente ou foi acometido de uma doença ocupacional. Apesar desta pesquisa não ter se debruçado sobre a relação entre o diagnóstico e onexo causal com o trabalho, observou-se que a predominância do B-31 demonstra a dificuldade de ser estabelecido o nexo entre adoecimento e situação de trabalho (Glina, Rocha, Batista & Mendonça, 2001). De acordo com Jacques (2007), o reconhecimento do nexo causal pelos órgãos previdenciários, entre o trabalho e um transtorno psíquico não é de fácil identificação. Lancman, Toldrá e Santos (2010) também reconhecem a dificuldade de mensurar os diferentes aspectos dessa relação, sobretudo quando envolve dimensões da subjetividade.

Com relação às novas funções pleiteadas durante os treinamentos pelos entrevistados, para uma posterior possibilidade de retorno ao trabalho, a experiência de R3 pode ser considerada emblemática, na medida em que houve uma mudança regressiva da função anteriormente exercida na empresa. Ou seja, o participante passou de gerente e instrutor de treinamento para vendedor. Tal vivência é reconhecida por Canal e Cruz (2013) em um levantamento bibliográfico sobre a análise da relação entre os aspectos psicológicos e a reabilitação profissional, como uma dimensão preponderante para o sofrimento psíquico. Essa dimensão será tratada posteriormente na subcategoria Treinamento na nova função: um teste à prova de fogo.

Em continuidade à descrição da condição dos participantes durante o processo da Reabilitação Profissional, todos mantinham vínculo empregatício com as empresas de origem. Todavia, com relação à permanência nessas empresas, apenas dois participantes (R2 e R3) continuavam com os mesmos vínculos à época das entrevistas, sendo que R3 havia sido demitido da empresa e, por ordem judicial, foi reintegrado. No período em que foi entrevistado, estava novamente afastado do trabalho e em percepção de benefício do INSS. As demais participantes (R1 e R4) tinham encerrado a reabilitação e encontravam-se desempregadas, como ilustrado na Tabela 3.

**Tabela 3.** Síntese descritiva das etapas no Reabilita e status quanto ao vínculo empregatício.

<b>Dimensão</b>	<b>R1</b>	<b>R2</b>	<b>R3</b>	<b>R4</b>
<b>Síntese descritiva das etapas</b>	Fez diversos cursos de capacitação – Informática, Recepcionista e Telemarketing, Auxiliar de Cozinha e Promotora de Eventos. Treinou como recepcionista em duas instituições: na UPA (não permaneceu) e no PSF (não permaneceu).	Não fez cursos de capacitação. Iniciou treinamento na mesma empresa como auxiliar administrativo.	Não fez cursos de capacitação. Seu treinamento foi realizado na mesma empresa como vendedor. Após oito meses de trabalho, em meio a uma crise de ansiedade, foi demitido e depois de recorrer à justiça, foi reintegrado à empresa por determinação judicial.	Fez curso de Operador de Computador e Auxiliar Administrativo. Posteriormente, foi demitida e encaminhada pelo INSS para treinar em outra empresa como auxiliar administrativo. Afastou-se novamente e nesse período fez outro curso de Informática Básica. Não retornou à última empresa.
<b>Status quanto ao vínculo empregatício</b>	Desempregada.	Empregado na mesma empresa de vínculo.	Empregado na empresa de vínculo e afastado por determinação médica. Em percepção de benefício pelo INSS.	Desempregada.

As duas mulheres participantes da pesquisa, relataram situação de desemprego à época em que foram entrevistadas, tendência confirmada nos resultados de estudo recente realizado por Assunção, Lima e Guimarães (2017), cujo objetivo foi explorar a relação entre inserção no mercado de trabalho de pacientes com transtornos mentais e suas características pessoais. Entre outros achados, o estudo verificou que, no caso das mulheres, a probabilidade reduzida de (re)inserção no mercado de trabalho pode estar relacionada com os efeitos da divisão de gênero no trabalho doméstico.

Nesse sentido, Dejours (1992) assinala que, enquanto para o homem a doença significa a paralisação do trabalho, para a mulher existe um agravante, pois para ela a doença não indica, necessariamente, a paralisação do trabalho, uma vez que o serviço doméstico e o cuidado dos filhos não cessam. Para o referido autor, a carga de angústia se potencializa e o trabalho das mulheres não seria comparável ao que se encontra em outras classes sociais, nem mesmo na classe operária. É importante ressaltar que aqui se faz referência a duas trabalhadoras que

iniciaram a reabilitação com diagnóstico de TMC (Tabela 2), o que revela um indicativo de que a angústia já esteja instalada na própria patologia, tornando a experiência do desemprego permeada por vivências angustiantes e ainda mais difícil.

Quanto aos cursos de capacitação por encaminhamento do Reabilita, foi possível notar que apenas dois trabalhadores informaram ter participado, enquanto os demais passaram imediatamente ao treinamento em nova função. É importante destacar que foram exatamente aqueles que receberam a capacitação, que não se mantiveram empregados nas empresas onde treinaram. Observa-se o fato de que R1 treinou na função de recepcionista em duas instituições da rede de saúde e em nenhuma delas obteve êxito à sua recolocação profissional, mesmo tendo realizado cursos variados como: informática, recepcionista, telemarketing, auxiliar de cozinha e promotora de eventos. Já no caso de R4, os cursos oferecidos à sua capacitação (operador de computador, auxiliar administrativo e informática básica) correspondiam às exigências solicitadas à sua atuação na nova função de auxiliar administrativo. Contudo, após ambas terem concluído os cursos e o treinamento nas novas funções, foram desligadas das empresas. No caso de R1, o desligamento só aconteceu após o período de estabilidade garantido pela legislação, considerando, como já mencionado, o tipo do benefício concedido (B-91).

De modo diferente, no processo de RP de R3 não houve direcionamento para cursos de capacitação. O participante foi encaminhado de volta à empresa de vínculo para treinamento na função de vendedor, como mencionado anteriormente. O trabalhador não chegou a completar o período estabelecido para treinamento, tendo apresentado recidiva do quadro de ansiedade que o levava ao afastamento. No caso de R2, a não participação em cursos de capacitação não parece ter influenciado os resultados do treinamento e da manutenção do entrevistado na função designada, nem mesmo sua permanência na empresa, uma vez que continuava empregado desde a conclusão da reabilitação até o período em que foi entrevistado.

#### **4.2 Categorias e Subcategorias Empíricas de Análise**

Ao final do processo de análise das entrevistas, foram identificadas e definidas três categorias (Tabela 4): capacitação, nova função e expectativas do trabalhador: “*entre a cruz e a espada*”; o trabalho no contexto da RP; e a saúde dos trabalhadores com TMC em RP.

**Tabela 4.** *Sistematização das categorias empíricas de análise.*

CATEGORIAS EMPIRICAS	SUBCATEGORIAS
Capacitação, nova função e expectativas do trabalhador: “ <i>entre a cruz e a espada</i> ”	Entre cursos e a iminência do novo: falando sobre capacitação e nova função
	Treinamento na nova função: um teste à prova de fogo
	Dimensão psicológica da Reabilitação Profissional
O trabalho no contexto da RP	Significados do Trabalho
	Trabalho e sofrimento
A saúde dos trabalhadores com TMC em RP	Significados atribuídos à saúde
	Criação de novas normas em um meio instável de trabalho
	TMC, pré-conceito e exclusão: na trilha da Reabilitação Profissional

#### **4.2.1 Capacitação, nova função e expectativas do trabalhador: “entre a cruz e a espada”**

Nesta categoria, os participantes relataram aspectos de suas experiências com o passo a passo da reabilitação profissional desde a sua iniciação, quando convocados pelo INSS para retomarem a atividade laboral, mediante o parecer de um médico perito que os avalia e os diagnostica como aptos para o retorno ao trabalho ou elegíveis para a reabilitação. A partir deste diagnóstico as empresas que os recebem devem considerar as restrições físicas e/ou psíquicas, identificadas após a perícia médica, e indicarem a nova função na qual serão treinados.

As três subcategorias apresentadas nas subseções seguintes foram construídas a partir dos núcleos de sentidos. Com o objetivo de melhor conhecer e compreender as diferentes vivências dos trabalhadores, os núcleos de sentidos identificados nesta etapa foram: Entre cursos e a iminência do novo: falando sobre capacitação e nova função; Treinamento na nova função: um teste à prova de fogo; e Dimensão psicológica da Reabilitação Profissional.

##### **4.2.1.1 Entre cursos e a iminência do novo: falando sobre capacitação e nova função**

Esta subcategoria trata da etapa em que o trabalhador, tendo sido avaliado como apto para a reabilitação, participa (ou não) de cursos agenciados pelo INSS e, posterior ou simultaneamente, recebe a indicação de uma nova função onde é esperado que seja reintegrado ao trabalho. É importante acrescentar que de acordo com os relatos, nem todos participaram de

curso de capacitação, indicando a possibilidade de serem encaminhados ao treinamento na nova função sem que antes tenham passado por algum treinamento em instituições parceiras de ensino. A experiência com os cursos foi identificada nos relatos de R1 e R4:

*Foi o curso de computação. Aí José me ajudava muito. José era um moço muito dado, educado. Ele nem sabia do meu “poblema”, mas ele sentava perto de mim e eu tinha muita dificuldade, por conta das medicações você fica muito lenta. Lenta, na verdade, você fica lenta. E José, ele tinha muita paciência comigo. Acho que coisa de Deus, assim, sabe? Aí, tudo que o professor falava, tinha coisa que demorava para “mim” entender, sabe? Mas José me ajudava (R1).*

*Em relação aos cursos, os cursos são ótimos, porque aí parece que sua mente começa a trabalhar, vai lhe ajudando. Então, em termos assim, é bom porque você vai pegando amizade, tem uma ou duas pessoas que você vai olhando e já vai se sentindo segura com ela (R1).*

*Ele [médico da reabilitação] disse que, como eu ia para reabilitação, eu tinha que fazer um curso, eu fui e perguntei a ele se era realmente necessário eu fazer um curso porque eu tinha passado por um processo de cirurgia na coluna. Ele disse que eu tinha. Eu ia passar quatro horas sentada...eu não tinha condição de passar quatro horas sentada e pra ir de casa pro curso de ônibus, ficava difícil (...) Somente depois de quatro meses fiz o curso de operador de computador, aí fiz outro curso de auxiliar administrativo (R4).*

De acordo com os relatos, verificou-se certa ambivalência no que diz respeito à avaliação feita pelos trabalhadores quanto à submissão aos cursos. Observou-se que eles representam um espaço para o estabelecimento de novas relações sociais que podem amenizar os efeitos nefastos da RP. Além disso, o processo de submissão aos cursos também funciona como um dispositivo que atua favoravelmente na retomada de atividades cognitivas e psíquicas, como fica explicitado nas falas seguintes:

*Então, em termos assim, é bom porque você vai pegando amizade, tem uma ou duas pessoas que você vai olhando e já vai se sentindo segura com ela (R1).*

*Parece que sua mente começa a trabalhar, vai lhe ajudando (R1).*



Simultaneamente, as exigências à realização dos cursos se mostram incompatíveis às necessidades físicas e psíquicas vivenciadas por cada trabalhador afastado. No caso de R4, a queixa quanto ao fato de permanecer sentada por quatro horas diárias durante o curso, considerando uma cirurgia recentemente realizada na coluna, revela um descompasso entre a insuficiência do seu estado físico mediante as condições exigidas para frequentar o curso de computação. Da mesma forma, R1 relata sua lentidão, em decorrência do uso de medicamentos psicotrópicos e alguns efeitos colaterais, para apreender o conteúdo ministrado pelo instrutor.

A esse respeito, Souza (2016) esclarece que o Reabilita propõe uma formação profissional ao trabalhador reabilitando (em processo de reabilitação), através de convênio firmado com instituições parceiras, sem a interferência do Poder Público. Estas instituições definem sua programação com carga horária e conteúdos diversificados, muitas vezes insuficientes ou em desacordo em relação à antiga área de atuação do trabalhador. É importante enfatizar que se observa tal desacordo também pelo fato de não serem levadas em conta as necessidades físicas e psíquicas que caracterizam a insuficiência de condições de saúde à participação dos trabalhadores, na capacitação indicada pelo INSS.

Canal e Cruz (2013) assinalam que a falta de qualificação e a pouca experiência na atividade dificultam a reinserção laboral. Esta realidade, segundo Alevato (2011), é potencializada quando se trata de retorno ao trabalho dentro de um contexto de afastamento originado por TMC. Para esta autora, as especificidades do processo de retorno ao trabalho<sup>20</sup> de assalariados diagnosticados com Transtornos Mentais e Comportamentais leves, evidenciam que esse retorno acontece sob circunstâncias que envolvem as mesmas ameaças, tais como: a permanência das mesmas condições e organização do trabalho que podem acarretar o adoecimento/afastamento do trabalhador e que tendem a favorecer a reincidência de afastamentos cada vez mais longos. Ou seja, não havendo mudanças na organização e nas condições de trabalho, além da inexistência de uma preparação devida do trabalhador para a nova experiência, conta-se com a possibilidade real de um novo afastamento.

Nesse contexto de análise, outro aspecto que permeia a RP diz respeito aos longos períodos de afastamento, os quais tendem a dificultar, sobremaneira, o retorno ao trabalho, além de fomentar uma população fragilizada financeiramente (Canal & Cruz, 2013), com quadros

---

<sup>20</sup> As expressões retorno ao trabalho ou reinserção laboral diferenciam-se da reabilitação profissional por serem utilizadas pela autora no sentido de retorno ao mesmo local de trabalho, ao mesmo grupo e/ou mesma atividade após afastamento para tratamento de natureza psiquiátrica (Alevato, 2011). Contudo, em termos comparativos, são pertinentes a esta pesquisa tendo em vista os motivos semelhantes para o afastamento dos trabalhadores e a experiência de retorno, que em ambas as situações são vivenciadas.



depressivos aumentados e desmotivada para este retorno (Saldanha, Pereira, Neves & Lima, 2013).

No que diz respeito à definição de uma nova função para treinamento, a fim de que o trabalhador pudesse ter uma experiência de retomada da vida laboral, foram observados nas falas dos entrevistados alguns indícios de vivências de sofrimento e de prazer em situações transitórias de trabalho:

*Lá no PSF foi muito complicado pra mim voltar pro PSF porque depois que a Previdência me devolveu pra Secretaria [de Saúde], aí (...) eu disse - um PSF pra mim é complicado. Só que eles disseram - você tem que ir pra um canto aonde a gente tá precisando de você. Você tem que ir pra onde a gente mandar (R1).*

*Eles pediram pra “mim” ir pra lá, pra loja e ficar um tempo. Nesse tempo eu ia tentar aprender, não sei... fazer alguma coisa lá, pra ficar como... assim, porque era outra função eu não sei direito... era isso. Era pra eu passar, não sei, trinta dias ou mais, se fosse o caso (R3).*

*Eles [INSS] mandando email pra empresa que era pra eles arrumarem outro cargo pra mim porque eu não podia voltar mais como costureira, porque no INSS constataram que eu não podia voltar mais como costureira... Dr. XY [médico da reabilitação] mandando email pra lá e eles não davam resposta. Aí mandaram a resposta que não tinha função, porque a empresa não “tava” passando por um momento bom, já tinha um pessoal no escritório, aí Dr. XY disse que já tinha mais de um ano que eu “tava” afastada, aí ele disse que, infelizmente, ele tinha que me desligar pra empresa. Aí eu perguntei né? Porque eu voltando eu corria o risco de ser demitida, porque não tinha outro cargo pra mim lá e eu não podia voltar como costureira. E se eu fosse pra empresa e se eu retornasse, eu corria o risco de retornar e o INSS “dar negado”... Nesse tempo eu ficava sem salário, tá entendendo? Aí, quando eu fui pra empresa, cheguei lá e tive que aceitar a demissão. Fui demitida. Não cheguei nem a trabalhar. Eu fui só pra assinar a demissão mesmo. Aí, quando eu vim aqui [INSS] eles me disseram que tinha essa vaga pra mim na XX [nome da empresa], que presta serviço pra universidade. Aí é aquela coisa, você fica **entre a cruz e a espada** [grifo da pesquisadora]. Ou você corre o risco de voltar pro INSS e brigar com o INSS, ou você volta a trabalhar sem condições (R4).*

Nota-se, nesses relatos, a ausência de participação do trabalhador no processo decisório quanto à definição da função para treinamento. No caso de R1 é notória a impossibilidade de escolha, tendo em vista que a alternativa que lhe é proposta é apresentada como única. A esse respeito, Minayo (2001) afirma que o conhecimento médico e da saúde pública têm sido sistematicamente marcados pelo apagamento do sujeito. Tal posicionamento é compartilhado por Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994, p. 25):

Um trabalho livremente escolhido ou livremente organizado, oferece, geralmente, vias de descarga mais adaptadas às necessidades: o trabalho torna-se então um meio de relaxamento, às vezes a um tal ponto que uma vez a tarefa terminada, o trabalhador se sente melhor que antes de tê-la começado.

A experiência de R1 no PSF, como será apresentada mais adiante na subcategoria Treinamento na nova função: um teste à prova de fogo, possui características similares quanto ao indicativo de vivências de sofrimento. Não se descarta a possibilidade de que tais vivências sejam oriundas da falta de decisão dos trabalhadores em processo de reabilitação quanto à participação na escolha de uma nova função e, por conseguinte, dos cursos de capacitação. De acordo com a entrevistada, embora tenha emitido opinião contrária à indicação de treinamento no PSF, foi impelida a realizar o treinamento por determinação do INSS.

No caso de R3, percebe-se certa desinformação com relação aos impasses que se sucederiam para o retorno ao trabalho. Ou seja, é como se não houvesse segurança em relação às etapas que se seguiriam posteriormente à definição da função para treinamento. O obscurantismo que segue na fala do entrevistado, reforça a ideia da não participação do sujeito no processo de retomada da atividade laboral.

No início da Reabilitação Profissional, a articulação com a empresa de origem, no caso de trabalhadores que possuem vínculo empregatício, figura como uma dimensão relevante em toda a trajetória de afastamento e retorno ao trabalho. Desse modo, percebe-se que o desacerto do cumprimento da empresa à legislação trabalhista quanto à preparação do trabalhador à nova ocupação, parece recorrente e causador de danos à efetiva reinserção ou retorno ao trabalho. Simonelli, Camarotto, Bravo e Vilela (2010), apontam as limitações do atual modelo de reinserção do programa de Reabilitação Profissional do INSS para o retorno do trabalhador afastado por acidente ou doença ocupacional. Para tais autores é exatamente a falta dessa articulação que pode provocar a demissão do trabalhador ou o retorno para a perícia médica, após tentativas mal sucedidas de reingresso no mercado de trabalho. No caso em que a empresa não oferece uma função para treinamento, o retorno ao INSS é inevitável, dando origem a uma

verdadeira *via crucis* para o trabalhador. O relato de R4 apresenta indicativos desta realidade: *Ou você corre o risco de voltar pro INSS e brigar com o INSS, ou você volta a trabalhar sem condições.*

Ainda conforme o relato de R4, o argumento utilizado pela empresa leva em consideração o fato de que já havia um número suficiente de pessoas no escritório executando as funções, revelando nesse posicionamento, uma negação quanto ao retorno de R4 em uma função que, possivelmente fosse adequada para o seu treinamento. Essa constatação denota a fragilidade nos vínculos de trabalho, guiados por modelos individualistas de gestão, somados a longos períodos de afastamento do universo laboral (Poersh & Merlo, 2017). Provavelmente, o caso de R4 é ilustrativo de muitos outros casos de afastamento do trabalho que culminam com a demissão do trabalhador na empresa de origem, após a peregrinação por ofertas de cursos e propostas de novas funções, na maioria das vezes, incompatíveis com o quadro de saúde dos trabalhadores em reabilitação. Toldrá, Daldon, Santos e Lancman (2010) realizaram um estudo sobre a identificação dos aspectos que facilitam e dificultam o retorno ao trabalho de trabalhadores com longo período de permanência e sem resolutividade na RP, sendo evidenciado que parte das empresas optou pelo desligamento do trabalhador, ora pelo desinteresse e pela falta de proposta de reinserção do trabalhador com restrição laboral, ora pela racionalidade econômica que provocava uma série de dilemas e dificuldades para esta reinserção.

O chamado “jogo de forças” apontado por Poersch e Merlo (2017), no vai-e-vem do processo de reabilitação, entre Estado e empresa, é revelado na fala de R4 ao descrever sua trajetória permeada por incertezas, tensão, demissão, admissão em outra empresa e, por fim, sua sintomática afirmação: *“Aí é aquela coisa, você fica entre a cruz e a espada. Ou você corre o risco de voltar pro INSS e brigar com o INSS, ou você volta a trabalhar sem condições”.*

De acordo com Cestari e Carlotto (2012), muitas empresas reinserem o funcionário apenas para cumprir exigências legais e evitarem multas e indenizações. Tal afirmação encontra eco na narrativa de R3 sobre a sua experiência de treinamento na empresa em que mantinha vínculo empregatício, na qual iniciara a reabilitação como vendedor: *“(...) porque nessa empresa eu não fui só gerente, eu formava gerentes, tinha inglês fluente, era uma pessoa diferente”.*

O relato enseja um processo de treinamento destituído de observação quanto à experiência adquirida no trabalho e ao investimento na formação acadêmica por parte do trabalhador, de modo a provocar um sentimento de vida contrariado (Canguilhem, 2017/1943), sinalizado por uma vivência negativa de sofrimento. A insatisfação no trabalho é considerada

por Dejours (2004) como uma importante fonte deste sofrimento negativo relacionado ao conteúdo da tarefa, conforme assinala o autor:

O trabalho implica sempre um confronto com o real, um real que se deixa conhecer por sua resistência a se submeter aos conhecimentos e às diferentes formas de *saber-fazer*. Este confronto é gerador de sofrimento, um sofrimento que se torna patogênico – comprometendo a saúde - quando o confronto se torna intransponível e leva à repetição constante dos mesmos problemas, dos mesmos fracassos, tornando-se insuportável (p.304).

A despeito disso, a fala de R2 parece sinalizar o reverso das situações de sofrimento descritas anteriormente. No caso específico desse entrevistado, observam-se indicativos de vivências de prazer relacionados ao fato de que a reabilitação passou a ser um meio de segurança quanto à permanência na empresa em que trabalhava, o que lhe traria estabilidade financeira e restabelecimento da autoconfiança para executar as tarefas relativas à nova função.

*E essa reabilitação me ajudou a permanecer no quadro e me ajudou a me estabilizar financeiramente e eu dou graças a Deus por ter conseguido, porque era, foi esse meio que me garantiu a permanência na empresa (...) graças a Deus, XX [nome da terapeuta ocupacional, integrante da equipe de reabilitação], me tranquilizou, porque ela disse que o processo estava em andamento e provavelmente daria tudo certo, como deu né? De conseguir atingir esse objetivo, dentro de um padrão que seria satisfatório pra gestão. Porque dependeria muito disso, né? Da avaliação dele também [gestor]. Apesar de que poderia (...) não sei se o INSS ia dar outra opção de função, mas gera uma expectativa até a conclusão do processo. Mas não era muito grande não, porque eu sabia da minha...eu tinha autoconfiança em mim...dentro daquela função eu já sabia mais ou menos como era (R2).*

Da mesma forma, R4 relata sua experiência com a equipe de reabilitação do INSS como algo bom ao considerar o empenho de cada um, citando os nomes individualmente:

*É muito bom aqui a reabilitação, o médico, a assistente social [citou os nomes], eles fazem de tudo (R4).*

A referência à atuação da equipe do Reabilita, formada por médico, assistente social e terapeuta ocupacional, mostra-se como um atenuante de todo o processo, visto que é mencionada em algumas circunstâncias como facilitadora durante as etapas vividas pelos

trabalhadores em reabilitação. Segundo Cestari e Carlotto (2012, p.107) “a importância do trabalho realizado pelas equipes multiprofissionais, no Programa de Reabilitação Profissional do INSS, está na sua capacidade em auxiliar os segurados a aceitar suas limitações e, ainda, compreender e vislumbrar o potencial que têm para trabalhar”.

Avaliando a totalidade desses excertos das falas dos trabalhadores, observam-se aspectos relevantes do percurso do retorno ao trabalho, por meio do Reabilita, que suscitaram reflexões sobre o cerco de burocracias e dificuldades impostas ao trabalhador. O cenário de incertezas ganha vulto desde a definição da função onde acontecerá o treinamento. A descrição da experiência nas etapas iniciais da reabilitação, por parte dos entrevistados, revela a carência do protagonismo dos trabalhadores ou, minimamente, de um maior envolvimento destes nos processos decisórios. Nesse sentido, Minayo (2001, p.15) assevera que “no trato dos enfermos, o campo da saúde sempre se importou mais com a lógica médica da enfermidade do que com a sociológica dos sujeitos”.

#### *4.2.1.2 Treinamento na nova função: um teste à prova de fogo*

A legislação previdenciária atual indica que o Reabilita visa oferecer aos trabalhadores adoecidos ou acidentados, meios de reeducação e readaptação profissional e social para o retorno às atividades laborais, que em geral diferem das tarefas habituais, ao mesmo tempo em que afirma que o trabalhador não estará impedido de exercer outra atividade para a qual se capacitar (Lei 8.213, 1991).

Com relação ao treinamento em outra função, como etapa prevista no Reabilita, percebe-se que os entrevistados descreveram diferentes experiências que transitam entre vivências de sofrimento, inadequação e ajustamento, conforme ilustram as seguintes falas:

*A dificuldade maior foi do arquivo (...) tá entendendo? É muita informação! Foi muita informação de uma vez só pra mim. Já cheguei fazendo, entendeu? Aí pra mim, isso daí foi muito complicado. Ter que procurar, você ter que conseguir (...) aí tinha prontuário que não “tava” dentro do envelope (R1).*

*Ele [chefe] até disse: olhe, é um risco porque como já aconteceu no passado, uma mudança de função, aliás com a mudança de gestão, de chefia, ele não compreendendo o quadro, eu cairia novamente na situação de ser cobrado de atuar como uma pessoa que não tivesse nenhum tipo de lesão (R2).*



Observa-se na narrativa de R1 que o insucesso do treinamento esteve relacionado tanto à organização do trabalho quanto à insuficiência de orientação relativa à nova função. Quanto à organização do trabalho, a entrevistada relata, em sua experiência, uma perceptível incompatibilidade entre esta e os limites de sua própria atuação. O cenário imposto, indicando uma atuação multifuncional, revelou uma organização de trabalho desestabilizadora da saúde, como bem assinala Dejours (2004, p. 304) “toda organização é, de antemão, desestabilizadora da saúde”. No caso dessa entrevistada, é importante mencionar que se trata de uma trabalhadora com diagnóstico de Episódio Depressivo Grave Sem Sintomas Psicóticos (CID-10 / F-32.2) e Transtorno de Pânico (CID-10 / F-41.0). No período do treinamento, ela se encontrava em tratamento médico, fazendo uso de psicotrópicos. Tais aspectos são mencionados para evidenciar a delicadeza da situação, a importância de uma função que pudesse favorecer sua atuação profissional, levando em conta os possíveis efeitos colaterais da medicação, bem como o respeito à condição psicoemocional daquele momento de vida. Como afirmam Simonelli, Camaroto, Bravo e Vilela (2010), não se pode deixar de considerar a análise da atividade de trabalho para a adequação do local de trabalho ao trabalhador reinserido.

Observa-se, ainda, a queixa apresentada por essa entrevistada quanto ao excesso de informações à nova função (“*muita informação de uma vez só*”). Essa dificuldade parece traduzir uma expectativa negativa relativa à sua percepção de adaptação àquela função e, sobretudo, quanto aos *modus operandis*. A insuficiência de orientação no período de treinamento por parte da instituição que recebeu a entrevistada, (“*Já cheguei fazendo, entendeu?*”) foi constatada como um entrave à reabilitação. De modo paradoxal, o treinamento passa a ser um complicador do processo, ao invés de facilitar a aquisição de novas competências ao trabalhador para sua reinserção no trabalho. Nessa direção, Poersh e Merlo (2017, p.6) asseveram que “quanto mais espaço de acolhimento, criação e discussão as equipes forem capazes de proporcionar, melhores serão as possibilidades de implicação destes trabalhadores reabilitados, desde seu reingresso, no desempenhar de tarefas e demais rotinas cotidianas”.

De acordo com a narrativa de R1, percebe-se que o objetivo do treinamento, direcionado à preparação do reabilitando para o retorno à atividade laboral, conforme previsto na legislação, ficou comprometido pela ausência do acolhimento, pela falta de apoio na instituição e de uma melhor interação com a equipe. “Já chegar fazendo” pode ser, também, a descrição desta ausência.

Já com relação ao outro entrevistado (R2), nota-se que o acolhimento vivenciado, embora sinalizasse um cenário favorável, apresentou clara ressalva quanto à possibilidade de um insucesso futuro em decorrência de uma possível mudança de gestão. Vê-se que o modo de



reagir desses trabalhadores em reabilitação, em face das injunções externas, no caso de R2 relativo à gestão da empresa, provoca diferentes modos de defesas. Para Canguilhem (2001), tal fato deve ser compreendido tanto como reações de defesa biológica quanto como reações de defesa social, e nos dois casos, como reações de saúde.

O relato do entrevistado R3, a respeito do treinamento como vendedor, denota um sentimento de inadequação, de desvalorização profissional, tendo em vista que a função anteriormente exercida era de gerente e instrutor de treinamento:

*Eu tentei, eu voltei numa função menor, porque nessa empresa eu não fui só gerente, eu formava gerentes, tinha inglês fluente, era uma pessoa diferente. Fiquei como vendedor. Não consegui, assim (...) às vezes voltava duas horas da tarde da empresa, porque eu não conseguia ir até o final do expediente e minha esposa ia me buscar sempre (R3).*

Nesse caso, a inadequação à nova função, a decisão pessoal de não cumprir a carga horária até o final, respeitando os limites de seu corpo e agindo ativamente em direção à finalização de um processo de treinamento, certamente incompatível com o desempenho, pode ter afetado diretamente o poder de agir desse trabalhador e estar contribuindo para o enfraquecimento da sua identidade no trabalho. Avançando nessa discussão, Canal e Cruz (2013) assinalam que

[...] a mudança para uma função menos ou não qualificada possibilita pouco reconhecimento social e desenvolvimento profissional. Dessa forma, a perda de *status* e a impossibilidade de promoção passam a ser aspectos importantes no processo de reabilitação profissional do acidentado, que relata sentimentos de que o serviço que lhe é destinado pode ser feito por qualquer pessoa. O trabalhador acaba realizando uma atividade percebida como vazia, insignificante, desprezível, o que afeta diretamente sua autoestima e sua identidade (p. 599).

É importante ressaltar que o cenário dessa experiência de treinamento para uma nova função, pode ser revelador de uma vivência de sofrimento patológico. De acordo com Dejours e Abdoucheli (1994, p.137) este tipo de sofrimento caracteriza-se quando “não há nada além de pressões fixas, rígidas, incontornáveis, inaugurando a repetição e a frustração, o aborrecimento, o medo ou o sentimento de impotência”.

Segundo a narrativa de R3 acerca da tentativa, por parte da empresa, de recolocação em uma atividade incompatível com sua formação e experiência anterior de trabalho, percebe-se o constrangimento de ordem pessoal pelo afastamento do trabalho. Nesse sentido, Simonelli, Camaroto, Bravo e Vilela (2010) afirmam que há um certo deslocamento entre as expectativas do trabalhador e a nova realidade do ambiente de trabalho, de modo que as ações empreendidas para a reinserção no trabalho devem considerar formas de diminuir este deslocamento. A fala desse entrevistado sobre a percepção de si (“*era uma pessoa diferente*”), parece revelar um descontentamento relativo à nova função e o ignorar de suas habilidades pessoais, por parte da empresa. Dejours (1992) associa a insatisfação operária, entre outros aspectos, ao tema da indignidade, ou seja, do sentimento relacionado à vergonha de ser robotizado, de não ter mais imaginação ou inteligência, de estar despersonalizado.

Por outro lado, parte dos entrevistados (N=3) apresentou uma narrativa que aponta, também, para vivências de prazer e de contentamento, revelando outra dimensão de suas experiências. Para Dejours (2009), esta vivência de prazer surge das diferentes dimensões que estruturam o contexto de trabalho e estão intrinsecamente relacionadas à vida psíquica, às relações interpessoais, ao agir do trabalhador e ao próprio corpo. A criatividade, a possibilidade de iniciativa, a confiança, o reconhecimento, a gratificação e a valorização do trabalho realizado operam como mediadores das vivências de prazer. As narrativas descritas a seguir ilustram tais vivências:

*Em relação lá na UPA, eu fazia, eu gostava. Porque eu lidava com as pessoas. Eu gosto de lidar com o público, entendeu? Eu gosto de lidar com o público, eu gosto de recepcionar as pessoas, eu sou atenciosa e eu me acho uma pessoa educada. Entendeu? Eu gosto disso (R1).*

*Fui encaminhado para auxiliar administrativo e eu tenho senso de organização, de ser metódico. Foi aproximadamente trinta dias de treinamento. Estou bem ajustado na função (R2).*

*Que quando eu cheguei lá, tudo no setor, foi eu que ajitei. De computação, de tudo (R4).*

Entre os quatro participantes da pesquisa, a experiência de R2 se destacou como aquela que apresentou melhores resultados em termos de resolutividade (conclusão da reabilitação, permanência no emprego, satisfação com a nova função). Para ele, o resultado satisfatório, se deu, pelo fato de haver treinado em uma função para a qual se sentia preparado e percebia ter

habilidades pessoais que favoreceriam sua atuação, propiciando um nível elevado de satisfação. Considerando o que diz Dejours (1992) sobre insatisfação no trabalho, como uma das formas fundamentais de sofrimento do trabalhador relacionado ao conteúdo da tarefa e descrito entre outros aspectos, pelo sentimento de desqualificação, observa-se na experiência de R2 uma vivência oposta, uma vez que seria justamente sua compreensão de perceber-se qualificado para a função, a principal justificativa para seu ajustamento e sentimento de adequação.

Um fato curioso foi que, apesar do insucesso da Reabilitação Profissional de R1 e R4 (ambas estavam desempregadas à época das entrevistas, mesmo após alcançar todas as etapas do Reabilita), foi possível observar em seus relatos, vivências de prazer durante o período de treinamento. A primeira vivência sugere, conforme relata R2, uma percepção favorável de si acerca de suas características pessoais para o exercício da função em treinamento, além de manifestar seu apreço por lidar com o público. No caso de R4, a avaliação relativa ao seu desempenho revelou um sentimento de utilidade. Como assinalam Ferreira e Mendes (2001), o prazer se apresenta como o resultado dos sentimentos de utilidade e produtividade.

Por fim, as experiências de treinamento na nova função revelaram tanto vivências de sofrimento quanto de prazer, independentemente dos resultados alcançados pelos entrevistados em termos de recolocação no mercado de trabalho e de permanência nas empresas onde foram submetidos aos treinamentos.

#### *4.2.1.3 Dimensão psicológica da Reabilitação Profissional*

A possibilidade de pertencer a uma nova equipe de trabalho, a ausência ou precariedade no acolhimento durante a formação e no retorno ao trabalho, a incerteza acerca do próprio desempenho em uma nova função, associados à referência histórica acerca do afastamento, vinculado à incapacidade e insegurança, são considerados fatores presentes nas experiências dos trabalhadores que passam pela Reabilitação Profissional (Ramos, Tittoni & Nardi, 2008).

Os relatos dos entrevistados indicam que durante o processo de RP eclode uma sucessão de sentimentos de medo, de insegurança, de ansiedade, de culpa e incertezas quanto aos desdobramentos da reabilitação, como, por exemplo, nos casos de convocação para o treinamento e desafios durante e após o treinamento. Essa descrição, confirma o que Canal e Cruz (2013) relatam acerca dos aspectos psicológicos que estão presentes tanto no adoecimento, que gera incapacidade (motivo que leva o trabalhador ao afastamento das atividades laborais),

quanto nos fatores que decorrem da condição de afastamento do trabalho (incerteza quanto ao retorno, mudança na rotina diária, ausência do ambiente de trabalho).

A mobilização desses sentimentos, por parte dos entrevistados, expressos em palavras e pelo próprio corpo, quando da manifestação de choro e tremores ao longo das entrevistas, pode se revelar em vivências de sofrimento, de desesperança e de adoecimento no decorrer da reabilitação. Os relatos dos entrevistados expressam com clareza tais sentimentos.

*No início você vai achando que vai conseguir, entendeu? Que vai dar certo. Aí quando vem aquela gotinha que lhe causa medo, aí você recua. Quando a mulher desmaiou, eu “desandei”. Eu não consegui mais ficar lá. Não consegui (...), daí causa um medo tão grande em você [chora nesse momento]. Me sentia desesperada. Tinha pesadelo de noite. Em casa eu chorava demais e o horário de sair pra trabalhar, pra mim era um tormento (R1).*

*Eu fiquei numa tensão muito grande com relação às despesas, essas coisas, porque eu sou renda única lá em casa e eu me preocupo muito com isso. O processo final me deixou muito tenso. Ele [o médico] tentou fazer o impedimento [da continuidade da reabilitação] e eu fiquei desestabilizado né? Eu sou um cara extremamente nervoso e continuou até hoje né? Eu não vou dizer que eu “tô” totalmente controlado, porque tem momentos que quer vir aquela angústia, porque minha vida mudou (...) eu fico preocupado, porque tem muita gente que depende de mim [chora novamente] (R2).*

*Eu tinha que me adaptar de novo ou voltar. Devido a isso, fiquei muito nervoso. Eu “tava” com medo porque, eu não sei (...) o profissional [médico] chega e diz que você tem isso, e você tem sintomas fortes e você não sabe o que é, e você lembra de como você era. Você não sabe se você vai conseguir, então medo, receio de não conseguir fazer uma coisa que você sabe que pode. Então eu fui e voltei e tinha esse receio forte de fazer (...) humilhado, as pessoas riam um pouco (R3).*

*E eu nesse problema toda a depressão foi aumentando porque eu ficava com medo. Não podia voltar a trabalhar. Você se sente muito impotente. O meu medo é isso, é eu não conseguir (R4).*

As vivências de sofrimento contidas nestes relatos indicam a presença da sensação de medo. De acordo com Dejours (1992), o medo figura como um elemento presente em todos os tipos de ocupações profissionais e pode ser considerado como uma causa importante da

“inadaptação profissional”. Os relatos confirmam tal afirmativa e apresentam o sentimento expresso de diferentes maneiras.

Com relação ao temor ou medo de voltar ao trabalho, fica evidente a presença de sentimento de medo relativo à nova experiência de trabalho que estava por se desencadear ou que já estava sendo vivenciada. Além disso, há o risco de retornar ao trabalho e não alcançar a adaptação esperada. A esse respeito, Dejours (1992) afirma que o risco real existe em todo lugar e que “qualquer que seja sua amplitude, ele gera um estado de medo quase permanente que todos os trabalhadores, sem exceção, manifestam durante uma discussão” (p.67). O autor também afirma que, o medo da incompetência diz respeito ao real do trabalho, definido como “o que resiste ao conhecimento, ao saber, ao *savoir-faire* e, de modo mais geral, ao domínio” (Dejours, 2007, p.29), inserindo-se na defasagem entre a organização prescrita do trabalho e a organização real do trabalho e evidenciando a impossibilidade de cumprir com rigor aquilo que foi prescrito. Cestari e Carloto (2012) confirmam o que foi observado, afirmando que o medo de retorno ao trabalho é identificado como um dos fatores que dificultam a adaptação ao novo trabalho em processo de reinserção laboral de trabalhadores, nas empresas de vínculo.

Outra expressão do medo foi relacionada a situações específicas da nova função, conforme se observou no relato de R1: “*Daí causa um medo tão grande em você, você “tá” vendo que aquela pessoa “tá” morrendo e você não pode fazer nada. Só que o medo vem pra você*”. Essa vivência remete a uma situação específica da função de atendente ao público, mediante o estado de um usuário a ser atendido na iminência de morte, sendo que a entrevistada ainda estava em treinamento para atuar na recepção em uma unidade da UPA. O sentimento de medo, atribuído pela entrevistada, denota um indicativo de sofrimento ocasionado pela impotência, quiçá, pela culpa atribuída a si mesma por não estar à altura para lidar com estas situações limite de trabalho.

Sobre o medo relativo ao diagnóstico de Transtorno Fóbico Ansioso, o entrevistado R3 revela como os sintomas da sua patologia interferem no seu retorno ao trabalho. Nesse caso, o medo se apresenta em torno da própria condição patológica do trabalhador em processo de reabilitação. A possível insuficiência de informações dadas pelo médico quanto ao potencial laborativo residual, parece indicar, para o trabalhador, uma não-possibilidade de retorno ao trabalho, bem como um evocar à memória de sua vida anterior à patologia. Por outro lado, é importante que se faça menção à hegemonia do saber médico e sua influência na reação desse trabalhador. Relembrando Canguilhem (2005), percebe-se a necessidade de que a relação entre médico e paciente favoreça a troca de saberes, ou de saberes que se complementam e dialogam.



Nas palavras do referido autor, “meu médico é aquele que aceita, de um modo geral, que eu o instrua sobre aquilo que só eu estou fundamentado para lhe dizer” (p. 45).

Os sentimentos de medo e de insegurança também foram apontados por Seligman-Silva (2011) em um estudo realizado com trabalhadores da siderurgia em São Paulo/SP, quando foram examinadas algumas interações que, envolvendo aspectos referidos ao trabalho, estiveram presentes na gênese do desgaste e do sofrimento mental. Segundo a autora, os medos se imbricam e convergem para acréscimos de ansiedade, compondo um sofrimento mental que se agrava à medida que diminui a segurança no emprego.

No caso dos trabalhadores em reabilitação, em particular, quando submetidos ao treinamento em nova função, tal experiência se revela de modo a causar angústia e sofrimento, expressos no medo de serem incompetentes. A concepção de Dejours (2005) sobre o fator humano - associado, em geral, à ideia de erro, falha, falta cometida pelo trabalhador - a partir de uma dimensão biocognitiva ou do real do corpo, indica que “nem todos os desempenhos são possíveis; a melhoria dos records encontra limites sobre os quais, sem dúvida, é possível obter-se progressos pela aprendizagem, sem que se possa, todavia, esperar saltos consideráveis” (p.94).

Contudo, para os participantes desta pesquisa, o medo do insucesso e da derrocada da possibilidade do retorno à vida laboral, passam a figurar como impedimentos tanto para continuidade do processo, quanto para a efetiva superação de uma fase de suas vidas, envolta por impossibilidades. Nesse sentido, para Carreteiro (2014) os contextos contemporâneos de trabalho podem ser caracterizados, entre outros aspectos, pela exigência da excelência que cada trabalhador deve cumprir. A expectativa por parte das empresas por resultados de um trabalho perfeito, sem falhas e de excelência permanente, soma-se à mesma expectativa em relação ao próprio trabalhador, como aquele que produz segundo um sistema de prescrições ideais. Ainda segundo a autora, a avaliação permanente compõe também este cenário no sentido de quantificar para “legitimar o valor do trabalhador” (Carreteiro, 2014, p. 106), aspecto também sinalizado por Dejours (2009) ao referir-se à avaliação individualizada dos desempenhos, como novas estratégias da evolução da organização do trabalho. A soma desses aspectos parece fomentar, no trabalhador em reabilitação, o medo de não conseguir atender às exigências da organização do trabalho.

Além disso, a preocupação quanto à questão econômica figura como um aspecto desencadeador de tensão, segundo relataram os entrevistados R2 e R4. Isso porque o temor do desemprego e da iminente escassez financeira para assistir à família mobiliza a sensação de medo e de insegurança quanto à vida profissional e pessoal a médio e longo prazo. Desse modo,



a sensação de impotência pode se revelar como um fracasso pessoal, como uma humilhação que afeta o seu do poder de agir (Clot, 2006), deteriorando a saúde mental no trabalho e fora dele, no interstício de espera para retornar ao trabalho.

Na falta de condições efetivas de reabilitação profissional, mais especificamente no tocante ao apoio institucional do INSS e das empresas, o trabalhador vivencia individualmente a sensação de frustração e impunidade, correndo o risco de adoecer com a indefinição da sua vida laboral. Particularmente, no caso de trabalhadores em RP com diagnóstico de TMC, constatou-se que os mesmos experimentam a “causalidade reversa”, denominação usada por Assunção, Lima e Guimarães (2017), para indicar a possibilidade de que o afastamento temporário ou definitivo do trabalho possa agravar o quadro de saúde geral dos trabalhadores.

#### **4.2.2 O trabalho no contexto da RP**

No presente estudo, cabe ressaltar que foi adotada uma compreensão de trabalho baseada na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho, que o concebe tanto como gerador de sofrimento, ao confrontar o trabalhador com imposições externas à sua vontade, bem como fonte de prazer e de desenvolvimento humano. Dito de outro modo, o trabalho foi concebido como a atividade humana que objetiva realizar aprioristicamente o não prescrito ou formalizado pela organização do trabalho (Lancman, 2004).

Os recortes das falas que compreendem esta segunda categoria estão relacionados aos significados atribuídos ao trabalho, enunciados pelos participantes da pesquisa. Duas subcategorias, descritas a seguir, foram identificadas: Significados do trabalho e Trabalho e sofrimento.

##### **4.2.2.1 Significados do trabalho**

Nessa subcategoria, observou-se a predominância do significado do trabalho vinculado à questão econômica, voltada fundamentalmente ao sustento da família, à manutenção e à sobrevivência, conforme indicam as falas:

*O trabalho é bom. O trabalho traz, assim (...) você sai de casa, você trabalhar, você tem seu dinheiro, sabe? Você vai ter o seu dinheiro, porque o que mais pesa também é você ficar sem nada. E como você vai sobreviver? (R1).*

*Acho que pra gente como pai de família, avô [se emociona], trabalho é tudo né? Eu comecei com doze anos e não me arrependo disso não. De família humilde, tudo que eu consegui foi através do trabalho. É tudo pra mim. A manutenção da minha família, apoio a filho, tudo que eu posso é dessa renda né? É muito importante né? Até já pensei aí no PDI [Plano de Demissão], em me afastar, mas fazer o quê? (R2).*

*Pra mim significa tudo, é meu sustento, tá entendendo? Eu me sinto bem, me sinto útil. O que é bom é isso, é você sentir que é útil pra alguma coisa (R4).*

Através dessas narrativas, se torna perceptível o significado do trabalho atribuído à dimensão social e econômica, relacionado à provisão e sobrevivência. De acordo com Borsoi (2010), em pesquisa realizada com trabalhadores da construção civil em condição de afastamento do trabalho, o ganho financeiro relacionado à garantia de sobrevivência, foi observado como principal significado atribuído ao trabalho. Segundo a autora, embora os participantes estivessem recebendo benefícios do INSS, em situação semelhante aos participantes desta pesquisa à época das entrevistas, todos deram realce ao aspecto financeiro, provavelmente por duas razões: o seguro recebido não cobria integralmente o valor que recebiam como salário na época em que estavam trabalhando e a incapacidade física os impossibilitaram de fazer bicos para o complemento da renda mensal.

Bernardo (2006), ao pesquisar os significados do trabalho e da reabilitação profissional para o trabalhador incapacitado para o exercício da profissão habitual, igualmente observou que o problema da sobrevivência apareceu em todos os depoimentos, reforçando a ideia de que existe uma relação de influência dos aspectos econômicos e financeiros no significado atribuído pelos trabalhadores.

Desse modo, infere-se que, o contexto da Reabilitação Profissional se torna permeado por incertezas, dúvidas e (im)possibilidades. A trajetória dos trabalhadores, de acordo com a natureza processual do Reabilita, decorre de uma série de etapas: convocação, curso, treinamento em nova função, retorno ao trabalho. As idas e vindas desse processo inexorável são marcadas por dúvidas, incertezas e constantes preocupações dos trabalhadores pela garantia de sobrevivência financeira. A convivência frequente com uma situação limítrofe situada entre o recebimento do benefício previdenciário ou acidentário e a iminência de que seja suspenso, somados às incertezas quanto à reinserção no mercado de trabalho, mostraram-se características nos relatos dos entrevistados.

Por último, para um dos entrevistados o trabalho foi percebido como um dispositivo que favorece o enfrentamento da própria condição patológica:

*É aí onde o trabalho me ajuda, porque eu foco em minhas atividades e isso anula um pouco os pensamentos negativos, ocupa minha mente, e isso vai me dando suporte pra passar o dia e a convivência com os colegas, brincadeiras, momentos alegres (...) e esses momentos eu procuro focar nas minhas atividades. É onde me ajuda a diminuir essa tensão, essas coisas (R2).*

Segundo Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994, p. 24), “em termos econômicos, o prazer do trabalhador resulta da descarga de energia psíquica que a tarefa autoriza, o que corresponde a uma diminuição da carga psíquica do trabalho”. Ou seja, se um trabalho permite a diminuição da carga psíquica, ele pode ser equilibrante e garantir um mínimo de saúde ao trabalhador. Ao contrário disso, o trabalho pode ser desestruturante e causar adoecimento. Os autores asseveram, ainda, que o trabalho pode se tornar um meio de relaxamento para o trabalhador. De acordo com a narrativa de R2, pode-se observar a descrição de uma vivência que corrobora tal afirmação, de modo que o trabalho passou a ser um dispositivo capaz de diminuir a tensão.

Em sentido contrário, na narrativa de R3 descrita a seguir, o significado atribuído ao trabalho está diretamente relacionado s suas vivências de sofrimento anteriores ao afastamento e reabilitação:

*Eu era uma pessoa diferente e um cara grande, forte, me humilhou na frente de todo mundo, isso antes, por isso que aconteceu isso. Desde esse dia eu não conseguia mais dormir. Se eu pensar nisso, eu começo a pensar nessas coisas [angústia, fatos que provocaram a condição patológica]. Eles tiraram tudo de mim (R3).*

No caso desse participante, cujo afastamento do trabalho foi ocasionado por um quadro de transtorno de pânico e ansiedade generalizada sem precedentes em sua história clínica (como fora por ele relatado), o evocar de fatos ocorridos, como repreensão pública e excesso de carga de trabalho, pode indicar uma atribuição de significado associada ao sofrimento patogênico. De acordo com Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) e Dejours (2004) esse sofrimento aparece quando as pressões fixas, rígidas e incontornáveis dão origem à frustração, ao aborrecimento, ao medo ou ao sentimento de impotência. Depois de explorados todos os recursos defensivos, o sofrimento residual trata de destruir o aparelho psíquico, levando à descompensação mental ou psicossomática e à doença.

É importante ressaltar que esse participante (R3) estava em percepção de benefício do INSS do tipo B-31 no período da entrevista. Esse tipo de benefício indica a não relação do diagnóstico a ele atribuído pelo INSS, de acordo com o CID-10 (F-40/Outros Transtornos Fóbicos Ansiosos) com sua atividade laboral, embora ele tenha descrito o início de seu adoecimento da seguinte forma: “*um cara grande, forte, me humilhou na frente de todo mundo, isso antes, por isso que aconteceu isso. Desde esse dia eu não conseguia mais dormir*”. Tal declaração remonta à complexa discussão do nexos causal quanto ao TMC (Jacques, 2007; Maeno & Vilela, 2010; Alevato, 2012) e a dificuldade para que a relação entre a patologia e a organização do trabalho seja estabelecida, trazendo ao trabalhador perdas sociais e econômicas como a estabilidade no emprego por um ano, garantida aos beneficiários com percepção do benefício do tipo 91 (nexo causal com o trabalho reconhecido). Vacaro e Pedrosa (2011), ao pesquisarem sobre o desempenho dos segurados no serviço de reabilitação do INSS, concluíram que

os segurados empregados em benefício acidente de trabalho durante tempo menor em benefício que foram reabilitados dentro da própria empresa, alcançaram índice maior de retorno ao trabalho se comparados ao índice dos desempregados, com longos benefícios e aqueles cuja empresa não ofereceu outra função (p. 200).

Este aspecto foi aqui ressaltado, por se tratar de uma dimensão presente na Reabilitação Profissional que pode apresentar-se como um fator dificultador em seus desdobramentos, sobretudo no que se refere à permanência do trabalhador reabilitado na empresa onde aconteceu o treinamento. Não por acaso, no relato da experiência de R3, foi descrito seu desligamento da empresa e reintegração compulsória.

#### 4.2.2.2 Trabalho e sofrimento

Embora já se tenha discutido a relação entre trabalho e sofrimento nas subcategorias anteriores, uma vez que tal relação esteve presente nos conteúdos de análise, a presente subcategoria procurou discutir mais especificamente, de modo a favorecer uma análise mais particularizada.

De acordo com Dejours e Abdoucheli (1994), o sofrimento pode apresentar-se sob dois tipos distintos: sofrimento criador ou sofrimento patogênico. Quando há a possibilidade de transformação em criatividade através de ações favoráveis a esta transformação, o sofrimento passa a ser criativo. Ao contrário disso, o sofrimento patogênico revela a impossibilidade de

ação, depois de se lançar mão da liberdade de ação para a transformação, gestão e aperfeiçoamento da organização do trabalho. Os relatos que evidenciam vivências de sofrimento podem ser vistos nas falas abaixo:

*E as “colega” de trabalho às vezes “trava” seu serviço, porque você só pode fazer alguma coisa se sua colega concordar. Não tem que ser um trabalho em equipe? Aí Dra. XX começou também, que ela é muito grossa, muito ignorante, Dra. XX, entendeu? Ela começou a me chamar de incompetente, ela começou a me chamar de irresponsável, porque a outra recepcionista deixou o arquivo todo bagunçado. Eu cheguei num dia e ela foi embora no outro. Ela não me ensinou o trabalho, ela só me disse que Dra. XX gritava da sala dela, todos os pacientes escutavam ela gritando que eu era incompetente. Não sei como manda uma pessoa pra cá incompetente desse jeito! Desorganizada! Né? Teve momento de eu bater boca com Dra. XX porque eu não aguentei (R1).*

*O gerente da loja disse que eu tinha condições naquele momento de exercer a função de vendedor. Eu voltei e tive dificuldade porque eles me botaram na loja, na mesma loja e as pessoas “na qual” eram meus subordinados, se tornaram meus superiores e começaram a meio que me massacrar um pouco por conta disso, foi difícil. Passei algum tempo (...) depois eles tentaram me demitir. Tinham algumas pessoas que não gostavam, não sei (...) aí ficavam pedindo pra eu limpar o chão, pra eu “carregar troço pesado” e eu tentei, porque pra gente que tá voltando é tudo mais difícil, a gente “fazendo uma função” (...) não sei o que foi que aconteceu e o camarada que era meu vendedor antigamente, ele chegou pra mim, foi um dia muito difícil, e a sorte é que minha esposa sempre teve lá e me ajudou. Ele disse que eu “tava fora” [recebeu a carta de demissão] (R3).*

Durante o processo de reabilitação, R1 submeteu-se a dois treinamentos realizados em duas instituições da rede de saúde pública: Unidade de Pronto Atendimento/UPA e Programa de Saúde da Família/PSF, em ambas como recepcionista. Ficou evidente que as duas experiências de reabilitação naqueles treinamentos não foram bem sucedidas. A descrição indica ausência de cooperação por parte dos colegas de trabalho e de reconhecimento por parte da chefia.

Para Dejourns (2004), a ausência de cooperação corresponde a um “ato de bloqueio de produção” (p.67), e o sofrimento pode ser causado em situações em que colegas criam

obstáculos, o ambiente social é péssimo, cada qual trabalha por si, enquanto todos sonham informações e comprometem a cooperação (Dejours, 2007). Tais aspectos foram observados na vivência de R1, tanto por não dar andamento ao exercício da função, quanto pelo fato do treinamento ter sido suspenso e não ter havido retorno àquela instituição, de modo a interromper o processo de reabilitação. Nesse período, R1 continuou recebendo o benefício do INSS e aguardou a indicação de outra função para treinamento. Uma vez que não houve encaminhamento para outra instituição, cessada a estabilidade prevista na legislação para o benefício do tipo B-91, foi desligada da RP, definitivamente.

Por outro lado, o tratamento dado pela chefia não considerou o fato de que a entrevistada não havia recebido o treinamento devido para dar continuidade à organização do arquivo, conforme fora por ela relatado. A esse respeito, tratando dos pressupostos relativos ao conceito de trabalho e fazendo menção às teorias que partem do encaminhamento sobre a falha humana, Dejours (2005) assevera que para considerar o erro humano há dois grupos de hipóteses possíveis: no primeiro, evoca-se a negligência ou a incompetência, conforme observado no relato de R1; no segundo, o erro ou falha procedem de uma insuficiência da concepção e da prescrição, o que de qualquer modo, retorna parcialmente a responsabilização àqueles que trabalham.

Nessa mesma experiência, também foi possível observar a vivência de sofrimento originada pela falta de reconhecimento, aspecto decisivo na dinâmica da mobilização subjetiva da inteligência e da personalidade no trabalho (Dejours, 2007). Apesar de R1 ter permanecido por um período breve de tempo, aproximadamente um mês, na convivência de sua chefia, a ausência do reconhecimento, que aqui está sendo associada ao julgamento de utilidade relativo ao trabalho realizado (não sobre a pessoa), passou a figurar como fonte de sofrimento para a entrevistada.

Por sua vez, o relato emblemático de R3 revela uma trajetória caracterizada pelo sofrimento que parece ser originado, também, pela falta de reconhecimento. No início, recebido pelo gerente na mesma loja da qual havia sido afastado, iniciou um treinamento na função de vendedor. Vale lembrar que este trabalhador, antes de ser afastado para reabilitação, ocupava um posto mais elevado hierarquicamente (instrutor de treinamento e gerente), inclusive sobre os vendedores. De forma paradoxal, passou a ser subordinado daqueles de quem era superior. Observa-se na experiência, a falta de critério da empresa quanto à indicação da função, possivelmente escolhida apenas para cumprir a exigência do INSS, e não como resultado do reconhecimento pelo trabalho que vinha sendo realizado por R3. Sobre a ausência de reconhecimento no trabalho, Dejours (2007) afirma que, em geral, os trabalhadores costumam



empregar energia, paixão e investimento pessoal na realização de seu trabalho. Quando o reconhecimento é despercebido e tratado com indiferença, “acarreta um sofrimento que é muito perigoso para a saúde mental” (p. 34).

Percebe-se ainda, na descrição do mesmo entrevistado, uma outra face do sofrimento no trabalho, ocasionado pela realização de tarefas alheias à função de vendedor, tais como: limpar o chão e “*carregar troço pesado*”. A situação psicológica vivida por esse entrevistado, foi aqui denominada de “extremamente penosa” (Dejours, 2007, p. 32), considerando a humilhação e a exposição a que foi submetido pelo modo de organização da empresa e pelo tratamento que lhe foi dispensado durante a tentativa de retorno ao trabalho na nova função.

A etapa seguinte seria a demissão desse trabalhador. Contudo, posteriormente, a empresa foi levada, compulsoriamente pela justiça, a reintegrar R3 ao seu quadro de pessoal. Este fato passou a figurar a gama de vivências de sofrimento experimentadas no decorrer de todo o processo de reabilitação, reverberando em sua condição de afastado, uma vez que à época em que foi entrevistado, ainda não havia sido encaminhado a outra função e continuava recebendo o benefício do INSS. Observa-se na trajetória desse trabalhador, um movimento pendular que, semelhante ao pêndulo de um relógio, vai e volta, sem sair do lugar. A experiência de afastamento e reintegração passa a simbolizar as bases sobre as quais a relação entre ele e a empresa (gestores, colegas) se sustentava, uma vez que sem reservas, R3 passou a ser *persona* não grata, cuja reintegração à equipe de trabalho foi induzida por uma prerrogativa legal.

É importante ressaltar que esse trabalhador, a exemplo dos outros entrevistados, encontrava-se em tratamento médico psiquiátrico e já experimentava o adoecimento provocado pela insegurança e humilhação no trabalho, em certa medida agravado pelas tentativas mal sucedidas durante o treinamento. Com efeito, a experiência marcada pelas idas e vindas entre empresa e INSS e, sobretudo, pelo resultado final de insucesso quanto à efetividade do treinamento, somaram vivências caracterizadas pelo sofrimento tanto para R1 quanto para R3.

Por outro lado, o relato de R2 sobre o treinamento em nova função, demonstra uma relação inversa aos dois casos analisados, visto que o cenário apresentado pelo entrevistado, embora não indique, explicitamente, uma vivência de sofrimento criativo ou de prazer, revela um nível de satisfação expressivo quanto ao retorno ao trabalho. Para esse entrevistado, tal como afirmam Poersch e Merlo (2017), o retorno ao trabalho destaca-se como fator importante para a saúde mental.

*Os pares, sem ser gestores... a gerência e a supervisão, foi tudo bem. Um relacionamento legal, receberam bem como até hoje estão. Reagiram [colegas, pares]*

*de forma bem natural, aceitaram, não interferiram e praticamente não interferem em nada. Me dão total apoio e liberdade de trabalhar. Ótimo, não tem problema nenhum (R2).*

O treinamento de R2 aconteceu na empresa onde já possuía vínculo empregatício. Seu relato sugere indicativos de cooperação e satisfação quanto ao retorno ao trabalho. Acrescenta-se que a experiência desse participante se revelou como um processo de Reabilitação Profissional bem sucedido, tendo em vista a sua afirmação recorrente de contentamento, bem como sua satisfação e adaptação à nova função.

#### **4.2.3 A saúde dos trabalhadores com TMC em RP**

De acordo com a perspectiva de saúde proposta por Canguilhem (2005), esta é considerada como um conceito vulgar – ao alcance de todos, uma questão filosófica e como uma verdade do corpo. Não se trata de uma saúde medida por aparelhos, contabilizada, mas de uma saúde livre, não condicionada, diretamente relacionada à possibilidade de adoecer e poder recuperar-se, além de ser tratada como assunto concernente às próprias pessoas, intrínseco a cada um, conforme assevera o autor. Desse ponto de vista, a saúde implica em poder desobedecer, produzir ou acompanhar uma transformação em um meio, em que flutuações e novos acontecimentos são possíveis. De acordo com Canguilhem (2017/1943, p.127) “o ser vivo doente está normalizado em condições bem definidas, e perdeu a capacidade normativa, a capacidade de instituir normas diferentes em condições diferentes”.

Em paridade a esta perspectiva, a terceira categoria aborda o tema saúde e trabalho, desdobrando-se em três subcategorias: Significados atribuídos à saúde por parte dos trabalhadores reabilitados; Criação de novas normas em um meio instável de trabalho e TMC; e Pré-conceito e exclusão: na trilha da Reabilitação Profissional.

##### **4.2.3.1 Significados atribuídos à saúde**

Retomando-se Canguilhem (2005, p. 45), “a saúde é a verdade do corpo em situação de exercício, expressão originária de sua posição como unidade de vida, fundamento da multiplicidade de seus órgãos próprios”. Os excertos de falas descritos a seguir, evocam verdades acerca da saúde advindas da construção individual de cada participante.

*Saúde é muito bom, é muito importante, porque com saúde você pode ir muito longe. Com saúde, porque se você é uma pessoa doente, você não é capaz de nada. Entendeu? Você tendo saúde você trabalha, você estuda, você tem uma roda de amigos, você pode, tipo no açude velho, você caminha (...) o açude velho não é grande? Você circula aquilo ali, porque você tem saúde, você consegue andar, você pode fazer tudo aquilo. Mas você doente, você não pode nem fazer a metade (R1).*

*É mais importante que o próprio trabalho, né? Porque sem saúde você não consegue realizar nada. A saúde, ela é prioridade. Se você não tá com saúde, você não consegue trabalhar, você não consegue realizar nada que seja útil, por isso que eu digo que ela vem em primeiro lugar. Seja física ou mental, porque possibilita o ser humano realizar o que ele quiser, se ele quiser (R2).*

Considerando a epistemologia de Canguilhem sobre uma saúde deficiente a partir das restrições da margem de segurança, da limitação do poder de tolerância e de compensação às agressões do meio ambiente, Caponi (1997) esclarece que a saúde remete à possibilidade de enfrentar situações novas, pela margem de tolerância ou de segurança que cada um possui para enfrentar e superar as infidelidades do meio.

Os relatos contidos nas falas de R1 e R2, levam a uma reflexão sobre a atribuição dos significados de saúde como dimensão condicionante para a realização do “tudo” ou do “nada”, voltados aos meios a que se referem, quais sejam: trabalho, estudo, relações sociais e atividade física. Ao mesmo tempo, há que se considerar a margem de segurança e a limitação do poder de tolerância de cada sujeito, em relação aos meios nos quais estão inseridos. A natureza singular dos limites estabelecidos entre a saúde e a doença, que muitas vezes reverberam nos limites atribuídos a si, diz respeito ao significado de cada um, mesmo levando em conta as influências de dimensões que transcendem o individual, como bem assinalam Coelho e Almeida Filho (2003) ao relacionarem tais influências aos planos social, econômico, político, histórico e cultural.

Segundo Caponi (1997, p.294), “o que mais tememos ao adoecer é a debilidade que nos expõe a enfermidades futuras, diminuindo desse modo nossa margem de segurança”. Os depoimentos seguintes revelam o temor sinalizado pela autora:

*A assistente social “tava” falando que essa doença tem cura. Mas a gente sabe que não tem. O paciente que tem síndrome do pânico sabe que é uma pessoa limitada. Essa*

*doença não tem cura. Porque ela vai, mas ela volta. Não é porque você queira, é algo que vem e lhe toma (R1).*

*Pra mim saúde é tudo, se eu tivesse. Porque sempre vai se agravando alguma coisa. Da semana passada pra cá, eu vou direto no médico. Problema no estômago que eu não sei nem o que é, já fiz exame (...) vou fazer outra tomografia agora, devido à coluna também, porque é dor. Numa ressonância foi detectado que eu fiquei com sequelas da cirurgia. E você tendo saúde, você tem tudo. Não é isso? (R4).*

A presença da doença para R1 e R4 traz uma perspectiva de fatalidade e uma rigidez quanto à possibilidade de enfrentar novas situações. Segundo as duas narrativas, a normatividade considerada como a vida trazendo normas para si mesma não é percebida, uma vez que ambas as entrevistadas encerram suas falas apresentando a doença como norma única. Face a esta observação, identifica-se nessas falas, a ausência da “consciência humana como expressão do processo de auto-organização da vida” (Puttini & Pereira, 2007, p. 457), núcleo central da epistemologia de Canguilhem.

*Se não existisse esse medo (...) antes eu não era normal? Eu trabalhava, eu vivia minha vida (R1).*

*Essas experiências ficaram fortes. Me marcaram porque “levou” a minha saúde. Eu não sei (...), eu devo ter vivido algum momento com essa “saúde”. Deve ter tido alguma coisa. Às vezes a gente perde alguns conceitos, né? (R3).*

*O problema se agravou, aconteceram outros problemas. “Tô” com artrose, com vários outros problemas (R4).*

Os significados da saúde atrelados à ausência de doença surgem em todas as falas anteriormente destacadas. Nesse sentido, observou-se que a presença do medo, como um fator impeditivo de dar continuidade à vida laboral, se expressa sem reservas. Para Canguilhem, “é próprio do ser vivo fazer seu meio, compô-lo” (1965, p.105). Sobretudo as expressões usadas por R3, indicam restrição ao fazer profissional, revelando a não alternativa de ação de um sujeito capaz de fazer escolhas e tomar decisões próprias, contrariando o que afirma Canguilhem (1965, p. 108), “viver é irradiar, é organizar o meio”.

A afirmativa de R4, abaixo, remete ao que assinala Canguilhem (2005) acerca do corpo subjetivo, sobre o qual a definição de saúde “inclui a referência da vida orgânica ao prazer e à dor experimentados como tais” (p. 45). O saber de R4 sobre seu próprio corpo revela um poder-conhecer a si, concebendo esse saber como suficiente para avaliar-se numa situação singular. Dejours (1986) afirma que a saúde é acima de tudo um fim, um alvo que se busca atingir. Acrescenta que não se trata de um estado de bem-estar e de conforto, mas de um objetivo do qual procuramos sempre nos aproximar, já que a capacidade de variações tanto orgânica quanto psíquica é o que caracteriza o ser humano. Tal aproximação, contraria a definição de saúde proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), dando a entender que o estado de bem-estar físico, psíquico e social pode ser estável e, uma vez atingido, passe a ser mantido.

*Eu sabia que eu não tinha condições [de fazer treinamento naquele período estabelecido pelo INSS], eu sei do meu corpo, eu sei disso (R4).*

Para Canguilhem (2005, p. 41) “o corpo humano vivo é o conjunto dos poderes de um existente tendo capacidade de avaliar e de se representar a si mesmo esses poderes, seu exercício e seus limites”. Verifica-se, portanto, na experiência de R4, a consciência de um corpo vivo quando toma a decisão de não participar do treinamento, naquela ocasião, como um movimento de resposta às infidelidades do meio, deste corpo em atividade. Em poucas palavras, saúde é um mecanismo construído no dia a dia das pessoas, de maneira particular na criação dos modos de levar a vida. Esta particularidade permite ao indivíduo criar e recriar instrumentos e normas, tornando-o capaz de desenvolver regras para construir/reconstruir o meio em que vive (Canguilhem, 2005).

#### 4.2.3.2 Criação de novas normas em um meio instável de trabalho

A instabilidade é inerente ao meio de trabalho e as frequentes mudanças na própria organização do trabalho se apresentam como seus indicadores. Canguilhem (2001), analisando o trabalho de Friedmann acerca do meio e das normas do homem no trabalho, assevera que, nesse meio, “todo homem quer ser sujeito de suas normas” (p. 120), fazendo referência à sua capacidade normativa, à oposição que ele pode fazer ao resistir às normas impostas, podendo torná-lo protagonista no enredo da sua vida no trabalho.

Nesse sentido, buscou-se apreender, nas narrativas, de que forma a normatividade se apresenta (ou não) no percurso das vivências de trabalho dos entrevistados, conforme ilustram os relatos:

*Eu gostei mais da UPA. O seguinte, você lida com pessoas, você pode disfarçar o seu “problema”, entendeu? Você pode disfarçar o seu “problema” porque você anda, circula, você “tá” em movimento. Você não “tá” parada como PSF que as pessoas chegam pra você e você tem que resolver tudo. Na UPA não, você “tá” em movimento e como já existe um certo preconceito, que na minha mente já tem, então você sabe que fazendo essa trajetória, esse trabalho aí (...) ninguém vai notar que você não é normal. Você se movimenta, você faz isso e aquilo e ninguém vai saber que você é doente, que você (...) “tá” entendendo? Eu sou mais uma no meio daquelas (R1).*

*A [saúde] psíquica eu “tô” tentando controlar ela, dia após dia. Oscila, tem dia que “tá” tudo bem, fica aquela “bipolaridade”, né? Vai e vem, mas aí eu tento controlar, né? O trabalho ocupa minha mente, isso vai me dando suporte pra passar o dia e a convivência com os colegas, brincadeiras, momentos alegres (R2).*

Segundo Canguilhem (2017/1943), um comportamento hedônico e, por conseguinte, normativo, busca estabelecer uma luta contra o que lhe possa trazer sofrimento. Observou-se que para R1 trabalhar em um meio cuja movimentação de pessoas é intensa, lhe reduz o desconforto de ser avaliada como uma pessoa considerada fora dos padrões de normalidade. Ainda, observa-se que nessa situação, ela põe em exercício a capacidade de transformar o seu meio de trabalho a partir da criação de normas próprias para lidar com as adversidades por ele impostas, sinalizando um indicativo de saúde que pode ser expresso pela margem de tolerância às infidelidades do meio, vivenciado pela entrevistada.

A discussão que aqui se levanta diz respeito ao fato de que a entrevistada, em que pese ter apresentado em situação pontual indícios de sua capacidade normativa, não ultrapassou os trinta dias de treinamento e não foi reabilitada na UPA como recepcionista, o que trouxe ao processo de reabilitação o *status* de não resolutivo. Canguilhem (1965) chama a atenção para o fato de que existe uma reação humana à provocação do meio e que esta é diversificada:

O homem pode trazer muitas soluções para um mesmo problema posto pelo meio. O meio propõe sem jamais impor uma solução. Certamente as possibilidades não são limitadas num estágio determinado da civilização e da cultura. Mas o fato de ter por obstáculo, num momento, o que, ulteriormente, revelar-se-á como um meio de ação, deve-se em definitivo à ideia, à representação que o homem – trata-se do homem coletivo, bem entendido – faz de suas possibilidades, de suas necessidades e para dizer



tudo, isso se deve ao que ele representa como desejável, e não se separa do conjunto de valores (p. 103).

A variação relativa à reação ao meio apresentada por R1, em um momento que demonstra capacidade normativa para manter-se durante um certo período em sua nova experiência de trabalho e, mais tarde, revelando-se insuficiente para dar conta deste mesmo meio, a ponto de tornar o treinamento para a nova função inoperante, chama a atenção para esta última afirmação de Canguilhem (1965). Concordando com o autor, observa-se que, em um dado momento, o que se revelava como meio de ação, assumiu a configuração de obstáculo, de impedimento à (re)ação da entrevistada, que favorecesse a continuidade naquela nova função, naquele novo meio de trabalho.

Com relação à narrativa de R2, observou-se que a decisão de manter o foco no próprio trabalho, mantendo interações sociais com os colegas, se revela um indicativo de sua capacidade normativa, levando em consideração seu esforço por manter o controle sobre possíveis recidivas dos sintomas do transtorno de ansiedade que motivou seu afastamento do trabalho, antecedido por um procedimento cirúrgico. Neste caso, o entrevistado se manteve na empresa em nova função e sinalizou satisfação quanto à nova experiência. Esse fato exemplifica, a importância de se compreender ação do homem pela representação que faz de suas possibilidades e necessidades.

De acordo com Coelho e Almeida Filho (2003), apoiados na perspectiva canguilhemiana relativa à saúde, ao meio e às infidelidades que esse meio apresenta, os eventos que envolvem uma perda “são os mais difíceis de serem bem assimilados” (p. 108). Na verdade, não são necessariamente um fator impeditivo para a criação de novas normas e enfrentamento das infidelidades do meio, o que dependerá do quão normativa for a pessoa e da margem de tolerância que esta apresenta mediante tais infidelidades. O relato de R3, apresentado a seguir, refere-se à sua experiência de treinamento e parece revelar a ausência de normatividade, além de deixar explícita uma queixa quanto à perda de controle do seu saber-fazer:

*Você não sabe se você vai conseguir, então medo, receio de não conseguir fazer uma coisa que você sabe que pode. Eu tinha esse receio forte de fazer (...), às vezes você perde o controle de um jeito que você (...) eu fico só lembrando de como eu era antes. (...) foi um dia muito difícil, ele [o gerente] disse que eu “tava” fora (R3).*

A perda de controle, a qual se refere o entrevistado R3, pode ser também relacionada à perda do emprego. Em sua trajetória na empresa, entre idas e vindas, caracterizadas, definitivamente, por uma direção não linear, a perda de potencial pode indicar o motivo que o

levou ao afastamento somado à sua demissão. A dimensão econômica toma vulto na reabilitação, deixando claro que, frente à situação de um trabalhador impossibilitado (ainda que temporariamente) de dar sequência ao mesmo ritmo de trabalho com o qual desenvolvia suas atividades antes da reabilitação, a opção da empresa é o desligamento. Sobre esta realidade, de fato, o trabalhador parece não ter nenhum controle.

De acordo com Canguilhem (2001, p. 118), “em um certo momento do progresso capitalista na América do Norte, quando em período de abundância de mão-de-obra, todo operário que não se dobrasse à pretendida norma (*the one best way*) era automaticamente despedido”. Seguindo o pensamento do autor, embora em direção contrária, observa-se que a ausência de reação aos padrões de produtividade impostos pela organização revela conjuntamente a ausência de saúde:

As reações operárias à extensão progressiva da racionalização taylorista, revelando a resistência do trabalhador às "medidas que lhe são impostas do exterior" devem, portanto, ser compreendidas tanto como reações de defesa biológica quanto como reações de defesa social, e nos dois casos, como reações de saúde (p. 116).

Essa carência de controle remete, também, à fala de R4 quando demonstra a ausência de normatividade relacionada a uma concepção de falta de controle.

*O meu quadro depressivo prejudica muito o meu quadro da coluna, porque é aquela coisa (...) não é da pessoa, “tá” entendendo? Eu tenho vontade de me levantar, de sair de dentro de casa, mas não consigo (R4).*

Nessa situação, a entrevistada demonstra a ausência de normatividade em outro meio que não o meio de trabalho. Sua trajetória de reabilitação foi marcada por uma experiência de desligamento definitivo da empresa de origem, seguido dos reveses enfrentados junto ao INSS, entre cursos e tentativas de retorno ao trabalho em outras empresas, tornando as vivências de sofrimento sensivelmente potencializadas. Segundo Caponi (1997) esse sentimento de vida contrariada e de sofrimento denota o estado patológico.

Apesar da normatividade não ter sido demonstrada nas vivências dos participantes desta pesquisa, o sofrimento apresentou-se como prevalente. Este, conforme afirma Dejours (1994, p.137) é “inevitável e ubíquo”, contudo é seu destino e sua transformação que influenciará a saúde mental do trabalhador. Os trabalhadores em processo de reabilitação, sem resolutividade quanto aos desdobramentos no que diz respeito ao retorno efetivo ao trabalho, estão sujeitos à vivência de sofrimento. Dejours (2007, p.19) também afirma que “quem perdeu o emprego,

quem não consegue empregar-se (desempregado primário) ou reempregar-se (desempregado crônico) e passa pelo processo de ressocialização, sofre”.

#### 4.2.3.3 TMC, preconceito e exclusão: na trilha da Reabilitação Profissional

A ideia de normalidade relacionada à obediência a normas pré-estabelecidas em um meio, seja ele instável, adverso e/ou infiel, perpassa a epistemologia canguilhemiana na medida em que, em suas proposições, a saúde é apresentada como a capacidade do indivíduo de agir sobre este meio (Canguilhem, 2017/1943), a partir de criação de novas normas, individualizando a ação às infidelidades que o meio oferece. A saúde passa a ser a forma única como cada um se relaciona com os eventos da vida.

Contrariamente a esta perspectiva, o mundo do trabalho, influenciado pela racionalização *taylorista*, que subjugou o homem à razão e não o reino da razão ao homem (Canguilhem, 2001), nem sempre configura um meio em que a criação de novas normas seja vista de forma aceitável. O que se espera, muitas vezes, é que haja uma adequação aos processos normativos de trabalho, levando em conta uma concepção de “homem como uma máquina a engatar corretamente com outras máquinas” (Canguilhem, 2001, p.111).

Na análise do contexto da Reabilitação Profissional, a relação entre a noção de saúde em Canguilhem (2005, 2017/1973) e a rigidez do modo de organização do trabalho das empresas, evidencia o conflito para os trabalhadores com diagnóstico de TMC. De modo que a possibilidade de se mobilizar normativamente em um meio de trabalho e conviver nesse meio de rigidez, acaba por enfraquecer o potencial de normatividade dos trabalhadores afastados. Especificamente no caso de trabalhadores com TMC, além dos aspectos relativos à organização do trabalho, tal rigidez pode se manifestar também através dos preconceitos relativos à não obediência às normas e sua relação com o motivo do afastamento (TMC).

A esse respeito, Alevato (2011) em estudo sobre os desafios da reinserção laboral, chama a atenção para a dificuldade, dos profissionais afastados por TMC leves<sup>21</sup>, de lidar com o retorno ao trabalho não apenas da perspectiva de quem retorna, mas também daqueles que o receberão e da situação de trabalho ligada ao afastamento. A autora destaca a carga de preconceito e fragilidades vivenciadas pelos trabalhadores, tendo em vista “ a ruptura nos laços

---

<sup>21</sup> Segundo a autora, os transtornos psíquicos graves e persistentes, como é o caso das psicoses e esquizofrenias, são mais raramente relacionados ao trabalho e por esta razão, seu estudo teve como foco os casos de transtornos mentais leves ou menores (depressões, transtornos de humor, pânico etc.). Tal concepção pode ser confirmada pelo Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde e as Doenças Relacionadas ao Trabalho, nele elencadas (Brasil, 2001).

de solidariedade e companheirismo, o enquadramento da licença médica como um recurso ardiloso, que transformaria os que permanecem trabalhando em “otários”, o descaso com relação ao que estaria por trás do suposto excesso de faltas ao trabalho” (Alevato, 2011, p. 154).

Durante as análises aqui empreendidas, foi possível notar situações análogas à descrição acima, de preconceito sobre o trabalhador diagnosticado com TMC. Assim, as vivências de sofrimento, expressas nas falas dos participantes deste estudo, evidenciam o desespero e a falta de encanto sobre o retorno ao trabalho. Alguns relatos demonstraram que entre os pares, os colegas ou os gestores, havia um misto de desconfiança e certeza da impossibilidade de readaptação e de integração com as equipes em que trabalhavam no período do treinamento ou durante o reingresso ao trabalho, tendo em vista que os motivos de afastamento estavam relacionados a TMC. Os enunciados dos entrevistados dão conta dessa visão preconceituosa sobre o motivo de afastamento, conforme descrito a seguir.

*Meus colegas de trabalho, até não saber que eu tinha esse “problema”, eles me respeitavam. Aí foi quando eu sofri o preconceito de duas colegas de trabalho. Foi porque uma falou pra outra que eu era pirada (...) porque você quando desencadeia um “problema” de saúde, uma doença, uma coisa assim, existe preconceito. As pessoas falam: não existe preconceito. Existe sim (R1).*

*Tem dia que você vai trabalhar, você não consegue trabalhar e as pessoas não entendem. E não foi de mim, não foi fazendo “corpo mole” [o fato de não conseguir trabalhar]. Aí tem gente que me chama de louca, porque eu tomo muito remédio (R4).*

Evidencia-se, nessas falas, uma visão pré-concebida e distorcida da noção de doença psiquiátrica e da loucura. Enquanto R1 associou o respeito que as colegas lhe tinham ao desconhecimento quanto ao seu “problema”, no relato de R4, observa-se que o julgamento feito por outrem de que ela não conseguiu retomar sua atividade laboral, parece sinalizar um descrédito referente à veracidade de sua situação de saúde. Além disso, o uso de medicamentos psicotrópicos passou a ser um indicativo para que fosse “rotulada” como louca. Foucault (2007), considerou como fato inquestionável que a doença mental esteve sujeita, mais do que qualquer outra doença, às regras políticas e sociais, aos costumes, aos interesses econômicos, à história. Com relação ao efeito do diagnóstico psiquiátrico sobre a identidade do paciente, Silva e Brandalise (2008) afirmam que um diagnóstico psiquiátrico faz com que as pessoas tenham o preconceito de que o portador de transtorno mental não é normal, ou seja, é pior do que aqueles que seguem um padrão. De acordo com os autores, o estudo demonstrou que há uma mudança

no relacionamento com as pessoas, quando se recebe o diagnóstico psiquiátrico, ou seja, depois que se recebe a marca de ser um “doente mental”.

Delevati e Palazzo (2008), em pesquisa que objetivou conhecer as atitudes de empresários em relação aos portadores de transtornos mentais filiados a um Centro Empresarial de uma cidade do Rio Grande do Sul, observaram que o fator autoritarismo foi prevalente entre as respostas, denotando atitudes que caracterizam a ideia de irrecuperabilidade e periculosidade dos trabalhadores. Os empresários mostraram-se favoráveis à restrição social, ou seja, pelo fato de os trabalhadores serem portadores de transtornos mentais, eles indicaram que a socialização deveria ser restrita e seletiva. Tal constatação, ratifica a afirmação de Seligman-Silva (2011), no que se refere à exclusão do mercado de trabalho. De acordo com a autora, “o diagnóstico psiquiátrico e a internação psiquiátrica contribuem para suscitar rejeição dos empregadores e aumentar a desqualificação, quando não para a total exclusão do mercado de trabalho formal” (p. 228).

O preconceito formado pelas empresas de que os trabalhadores simulam a doença foi considerado um dos principais aspectos psicológicos associados à condição de afastamento, segundo um levantamento bibliográfico sobre reabilitação profissional e aspectos psicológicos realizado por Canal e Cruz (2013). Essa visão do preconceito aparece com nitidez na fala de R4 (“*E não foi de mim, não foi fazendo corpo mole*”).

Nesse sentido, Alevato (2011) afirma que,

a associação entre simulação e sofrimento psíquico faz eco ao senso comum e reproduz a crença de que há eventos da vida humana que são “*apenas psicológicos*” no sentido de que sejam falsos, ou frutos da imaginação ou da falta de esforço pessoal para superá-los (p. 147).

Seligman-Silva (2011), ao estudar sobre trabalhadores com transtornos mentais, assinala que a discriminação destes, emerge como “um outro fator de superexploração vinculado à desqualificação” (p. 227). Delevati e Palazzo (2008) acrescentam que trabalhadores em reabilitação profissional têm encontrado dificuldades para serem aceitos no mercado formal de trabalho e, quando aceitos, muitas vezes por determinação legal, em função das experiências marcadamente promotoras de sofrimento, passam a experimentar certo isolamento social.

Os relatos a seguir, reforçam a compreensão de que as experiências de retorno ao trabalho na Reabilitação Profissional, foram permeadas pelo preconceito e suscitaram vivências de sofrimento:



*O preconceito é o que mais dói também. Aí quando vem o preconceito, acaba com você. Mas depois você cai em si e diz: mas eu tenho mesmo um “problema”. Se alguém falou é porque notou (R1).*

*Riam [colegas de trabalho] até quando ouviam certas histórias que alguém contava sobre mim, com relação a isso [diagnóstico relativo a TMC]. Me expulsaram de algumas coisas [grupo em redes sociais] e algumas pessoas deixaram de falar comigo. Foi uma segregação muito forte, uma exclusão muito forte (R3).*

Em ambos os relatos, observou-se tanto a presença de desconforto associado ao impacto negativo gerado pelo preconceito, como atitudes de exclusão e de segregação por parte dos colegas de trabalho. Sobretudo, é provável que a experiência de afastamento das relações sociais experimentada por R3, tenha desencadeado um incremento em suas vivências de sofrimento, posto que, de acordo com Dejours (1994), a integração humana é relevante na saúde mental. Segundo o autor, o sentido utilitário do trabalho, quando comparado ao “viver junto”, perde seu predomínio, na medida em que a perda de sentido ou falta de sentido do trabalho estão intimamente relacionados à condição em que se estabelecem as relações sociais (Dejours, 2004).

Além disso, foi possível notar que, pelo fato de terem sido afastados por TMC, os participantes deste estudo enfrentaram preconceito e segregação e vivenciaram um sofrimento psíquico que fomenta um sofrimento já intrínseco às suas histórias de trabalho no percurso da RP. As vivências negativas de sofrimento experimentadas pelos trabalhadores, se deram, predominantemente, na contramão do que postula Dejours (2009), ao anunciar uma dimensão do sofrimento, contrária àquela relacionada à consequência contingente e lamentável de vivências no trabalho, mas, por outro lado, algo que move o sujeito que trabalha a buscar a solução para se libertar desse sofrimento que o aflige.

Dito de forma sucinta, as vivências dos trabalhadores participantes deste estudo foram permeadas por incertezas e baixa expectativa quanto ao retorno à vida laboral. A baixa capacidade normativa, surgiu como um aspecto preponderante em todo o percurso da RP. Arrisca-se inferir, que, a associação entre as experiências relativas à patologia de cada trabalhador, a desarticulação com as empresas e estas, com o INSS, compõem um cenário complexo e deveras desafiador para o trabalhador.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Adentrar o ambiente da RP é, sem dúvida, um imensurável desafio. Esta afirmação foi confirmada durante o presente estudo pelo contato direto com tal realidade. Com efeito, desde a etapa da revisão bibliográfica acerca da temática, aos poucos os meandros foram se evidenciando e trazendo à tona toda a complexidade e desafios inerentes ao seu fazer.

Tomando a RP como campo de estudo, esta dissertação objetivou analisar as vivências do retorno ao trabalho de trabalhadores reabilitados que tiveram por motivo do afastamento algum tipo de TMC. Para o alcance deste objetivo, a partir de um roteiro de entrevista semiestruturada buscou-se conhecer suas vivências e, seguindo a finalidade proposta, quais seriam os significados atribuídos por estes trabalhadores à saúde e ao trabalho, além de se buscar apreender sua capacidade normativa.

A análise dos dados obtidos por meio das entrevistas fez emergir questionamentos, ratificou impressões pessoais da pesquisadora e fomentou alguns posicionamentos acerca do objeto de estudo, indo ao encontro do objetivo da pesquisa, mas, sobretudo, fornecendo subsídios para refletir sobre os aspectos que permeiam as vivências daqueles trabalhadores.

Desse modo, os resultados mostraram, não de forma definitiva ou generalizável, que as vivências dos trabalhadores são permeadas por incertezas com relação aos desdobramentos do processo de RP e baixa expectativa no que diz respeito à sua resolutividade, ou seja, não atribuíram à RP seu retorno à atividade laboral, embora tenha sido citado algum reconhecimento quanto ao valor das capacitações de acordo com os cursos realizados nas instituições parceiras. Contudo, o reconhecimento não se deu no sentido de que os cursos teriam instrumentalizado os trabalhadores para o exercício na nova função, mas como experiência pontual de aprendizado e espaço para interação com outras pessoas. Apenas um participante afirmou que o Reabilita, enquanto programa institucional, foi importante para o seu retorno à empresa de origem, isto é, para a empresa de onde foi afastado por ocasião do adoecimento.

A desarticulação entre a empresa e o INSS apresentou-se como um aspecto de particular relevância, levando-se em consideração que suas prioridades eram atender às próprias necessidades, sobretudo aquelas de natureza econômica, ficando o trabalhador à margem dos processos decisórios que diziam respeito ao seu retorno ao trabalho, tais como: definição quanto à nova função e participação na escolha dos cursos de capacitação. As consequências dessa desarticulação foram expressas por um lado, pela forma como as novas funções para treinamento eram definidas e a incompatibilidade existente entre estas e o potencial laborativo de cada trabalhador e, por outro, pelo fato de não serem consideradas as experiências de trabalho

anteriores ao afastamento. Tal constatação aponta para a evidência que o diálogo entre INSS, empresa e trabalhador ainda se encontra obstruído, sendo necessário que caminhos sejam abertos de modo a trazer mais fluidez a esta relação.

As exigências das empresas pela multifuncionalidade do trabalhador, como é característico no momento atual, desconsideram que a reabilitação profissional busca justamente promover o desenvolvimento de novas habilidades para que este trabalhador possa retomar sua vida laboral, mediante possíveis limitações que venham a dificultar ou impedir o alcance dos padrões estabelecidos pela empresa. Considerando a perspectiva canguilhemiana, é necessário que este trabalhador não seja impedido de criar novas normas para si e consiga dar conta das demandas a partir de sua capacidade normativa. Urge a necessidade de intervenção sobre a organização do trabalho no momento em que as empresas recebem os trabalhadores com TMC para serem reabilitados, de forma a reduzir o estigma sofrido por estes trabalhadores, que parece tornar o retorno à vida laboral uma experiência de expressivo sofrimento. Não se pretende nesta ponderação minimizar a complexidade desta realidade, mas trazer à tona os contornos deste contexto, permeado por importantes desafios.

Os significados atribuídos ao trabalho foram, predominantemente, relacionados à subsistência. Os aspectos econômicos estiveram presentes no conjunto das narrativas e foram apresentados como relevantes. Possivelmente, estiveram relacionados ao sentimento de incerteza quanto ao futuro e à possibilidade do não-trabalho como presença marcante em suas expectativas. O nexos causal, aspecto complexo, contudo de expressiva importância na RP, carece de ser evidenciado uma vez que interfere diretamente na definição do tipo de benefício concedido ao trabalhador. Quando há o reconhecimento do nexos causal e, por conseguinte, a concessão do benefício é do tipo B-91, o trabalhador usufrui do direito de permanecer na empresa por um ano sem o risco de ser desligado, conforme determinação legal, reduzindo nesse período sua preocupação quanto à possibilidade do desemprego e falta de recursos para subsistência. Nesse sentido, constatou-se nesse estudo, a importância de que na possível reestruturação do Reabilita esta dimensão seja contemplada, podendo ser um fator que minimize a apreensão vivida pelo trabalhador quanto à sua permanência na empresa ou não.

As vivências de sofrimento patogênico, remontando à concepção dejouriana, foram sinalizadas nas entrevistas sob as formas de falta de reconhecimento e falta de cooperação. De acordo com os relatos não havia reservas entre colegas, pares e gestores quanto à indisposição para receber os trabalhadores como parte da equipe, exceto com relação a um participante que relatou não ter enfrentado resistência direta quanto ao seu retorno. A esse respeito sugere-se que as empresas devam preparar suas equipes quanto à recepção dos trabalhadores reabilitados

com TMC, no sentido de buscar caminhos para a redução e gradual eliminação de tais resistências, uma vez que por mais que o Reabilita reveja o seu fazer e busque atender os trabalhadores com TMC, segundo as particularidades de suas necessidades, se as empresas não buscarem rever a forma como os recebem e incluem em suas equipes, os problemas permanecerão inalterados no contexto das organizações. Por reconhecer a complexidade dessa temática de estudo pretende-se, aqui, provocar uma reflexão a esse respeito, a fim de que passos mais largos possam ser dados no futuro em direção ao fomento de um ambiente organizacional que possa, efetivamente, promover a reabilitação dos trabalhadores.

A problemática das vivências de preconceito que atingiu a maioria dos casos estudados revelou-se como fonte de sofrimento. O estigma de ser portador de TMC foi apresentado com clareza nas narrativas. Nesse estudo, considera-se que o Reabilita possa vir a ser um dispositivo que contribua com a redução desta realidade, na medida em que, ao participar ativamente do retorno do trabalhador às suas atividades laborais, comunica às empresas e à sociedade de uma maneira geral, sobre o potencial laborativo do trabalhador com TMC, ratificando a legitimidade da retomada da trajetória profissional destas pessoas.

Outro aspecto evidenciado diz respeito aos significados atribuídos à saúde. Assim, a ausência de enfermidade pareceu predominante nos significados atribuídos pelos participantes. Atrelada a tal significado, a ausência de normatividade pode ser percebida, por exemplo, quando em uma fala houve a declaração de que o TMC não teria cura e por esta razão, as limitações decorrentes teriam um certo domínio sobre o agir daquele participante. Considerando a epistemologia canguilhemiana e a criação de novas normas como indicativo de saúde, por mais arrojado que pareça, há que se contemplar no processo de reabilitação, ações que destaquem esta dimensão da saúde, de modo que os trabalhadores possam refletir sobre sua capacidade normativa e serem estimulados à criatividade, à inventividade, à superação dos limites impostos pelo meio e por si mesmos, com vistas a uma saúde que transcenda a ideia de não estar doente.

Arrisca-se aqui afirmar que no universo da RP a saúde mental ainda se encontra em um lugar inexpressivo. Nesse sentido, é essencial que sejam criadas medidas de intervenção, no interior da metodologia do Reabilita, que visem às particularidades de cada trabalhador com TMC. A propósito desta consideração, embora este estudo não tenha se debruçado sobre a investigação da atuação do Reabilita, sobretudo das equipes profissionais que atuam no programa, é necessário destacar a ausência de psicólogos nessas equipes, aspecto de particular relevância uma vez que aqui se trata do processo saúde-doença mental.

Nesta investigação não houve a pretensão de empreender a difícil tarefa de trazer contribuições resolutivas para a situação dos trabalhadores reabilitados com TMC, mas de colaborar com a análise desta realidade, tão presente na saúde do trabalhador. Em que pese ter sido possível alcançar o objetivo proposto inicialmente para a realização desse estudo e, por esta razão, fazer reflexões significativas quanto às vivências dos trabalhadores pesquisados, trazendo à baila no interior da RP a dimensão da saúde mental, necessário se faz destacar as limitações desta pesquisa. A primeira limitação está relacionada à escassez de estudos com o mesmo objetivo e mesma população alvo, de modo que as relações de proximidade com outros estudos auxiliaram a compreensão do fenômeno estudado, muito embora não tenham fornecido resultados satisfatórios para se estabelecer comparações efetivas. Nesse sentido, o caráter exploratório desta pesquisa trouxe limitações em termos de revisão de literatura e de comparação de resultados com outros estudos realizados.

A fim de que esta limitação possa ser superada, recomenda-se o desenvolvimento de outras pesquisas que tomem a RP de trabalhadores com TMC como objeto de investigação, estendendo seu escopo às equipes profissionais que atuam no Reabilita. Importante se faz investigar as empresas, buscando compreender as nuances das experiências em receber os trabalhadores, quais os desafios e possibilidades de avanço neste fazer.

Outra limitação a ser registrada diz respeito à dificuldade em localizar os trabalhadores em reabilitação, tendo em vista que os dados identificados nos prontuários das agências do INSS, muitas vezes estavam desatualizados, de modo a impedir o contato com um número maior de participantes para a pesquisa.

A relevância social deste estudo aponta para uma contribuição no sentido de dar visibilidade à situação de trabalhadores reabilitados com TMC, posto que se trata de uma realidade que tem ganhado vulto a nível mundial. Estima-se que o estudo, ao confirmar tal contribuição, possa trazer a esta parcela de trabalhadores, melhores condições ao retornarem às suas atividades laborais no que diz respeito às experiências com o INSS, com as empresas para onde retornarão e com a sociedade de uma maneira geral.

Os achados desta pesquisa serão compartilhados com as agências do INSS, colaboradoras do estudo. Estima-se que a socialização dos resultados possa, efetivamente, fazer valer, minimamente, sua relevância social, trazendo a visibilidade almejada desde a concepção das ideias iniciais que intentaram realizar o estudo. É bem verdade que ao concluí-lo emergiram mais perguntas do que respostas, confirmando que há um longo caminho a ser percorrido na difícil trajetória da RP e sua interface com o processo de saúde/doença mental.

Deste ponto em diante, que se pense o sentido da RP, que se revise a prática, que se fortaleça a efetividade, que se promova a saúde a partir de uma perspectiva de integralidade do indivíduo, que haja uma política pública de RP verdadeiramente inclusiva, que haja vigilância estatal e civil e que o trabalhador seja, de fato, a grande prioridade.

## REFERÊNCIAS

- Alevato, H. (2011). Os desafios da reinserção laboral dos afastados por transtornos mentais e comportamentais. *Revista Estudos do trabalho*. 5(9), 139-158.
- Antunes, R. (2014). Desenhando a nova morfologia do trabalho e suas principais manifestações. In Mendes, A. M.; Moraes, R. D. & Merlo, A. R. C. (Orgs.). *Trabalho e sofrimento: práticas clínicas e políticas*. (pp. 25-45). Curitiba: Juruá.
- Araújo, T. M. (2011). Revisão de abordagens teórico-metodológicas sobre saúde mental e trabalho. In Gomez, C. M.; Machado, J. M. H. & Pena, P. G. L. (Orgs.). *Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea*. (pp.325-343 ). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Assunção, A. A.; Lima, E.P.L. & Guimarães, M. D. C. (2017). Transtornos mentais e inserção no mercado de trabalho no Brasil: um estudo multicêntrico nacional. *CSP Caderno de Saúde Pública*; 33(3), e00166815.
- Barreto, M. M. S. & Heloani, J. R. M. (2011). Da violência moral no trabalho à rota das doenças e morte por suicídio. In Vizzaccaro-Amaral, A. L.; Mota, D. P. & Alves, G. (Orgs.). *Trabalho e Saúde: a precarização do trabalho e a saúde do trabalhador no século XXI*. (pp. 173-184). São Paulo: LTr.
- Batistella, C. (2007). Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In Fonseca, A. F. (Org.). *O território e o processo saúde-doença*. (pp.25-49). Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz.
- Bendassolli, P. F. (2012). Reconhecimento no trabalho: perspectivas e questões contemporâneas. *Psicologia em estudo*. 17(1), 37-46.
- Bernardo, L. D. (2006). *Os significados do trabalho e da reabilitação profissional para o trabalhador incapacitado para o exercício da profissão habitual* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina, Belo Horizonte, MG, Brasil.
- Borges, L. O. & Argolo, J. C. T. (2010). Estratégias organizacionais na promoção da saúde mental do indivíduo podem ser eficazes? In Jacques, M. G. & Codo, W. (Orgs.). *Saúde Mental & Trabalho: leituras*. (pp.271-295). Petrópolis: Vozes.
- Borsoi, I. C. F. (2010). *Os sentidos do trabalho na construção civil: o “esforço alegre” sem a alegria do esforço*. In Jacques, M. G. & Codo, W. (Orgs.). *Saúde Mental & Trabalho: leituras*. (pp.309-324). Petrópolis: Vozes.
- Brasil. (2001). Doenças relacionadas ao trabalho. *Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde*. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Nº 114, Brasília, DF.



- Brasil. (2013). *Ministério da Previdência Social: anuário estatístico de acidentes do trabalho 2013*. Recuperado em 31 de janeiro de 2016 de <http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/aeat-2013/estatisticas-de-acidentes-do-trabalho-2013/subsecao-c-acidentes-do-trabalho-segundo-a-cid/tabelas-c-2013/>.
- Campos, C. J. G. (2004). Método de análise do conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(5), 611-614. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672004000500019>.
- Campos, M. E. F. G. (2014). Norma *versus* Subjetividade: o legado de Canguilhem. *Revista Asephallus*, 9(18), 61-71.
- Canal, P. & Cruz, R. M. (2013). Aspectos psicológicos e reabilitação profissional: revisão de literatura. *Estudos de Psicologia Campinas*, 30(4), 593-601.
- Canalonga, L. S. (2017). Projeto de revitalização da Reabilitação Profissional. Recuperado em 09 de junho de 2017 de <http://www.proreabilitacao.com.br/papo-cafezinho/leila-silva-cannalonga/projeto-de-revitalizacao-da-reabilitacao-profissional>.
- Canguilhem, G. (1965). *La Connaissance de la Vie*. Canguilhem, G. Paris. Librairie Philosophique
- \_\_\_\_\_. (2001). Meio e normas do homem no trabalho. *Proposições*, 12(2-3), 35-36.
- \_\_\_\_\_. (2005). *Escritos sobre a Medicina*. Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Original publicado em 1904).
- \_\_\_\_\_. (2017). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Original publicado em 1943).
- Caponi, S. (1997). Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *História, Ciências, Saúde*, 4(2), 287-307.
- Carreiro, T. (2014). A ética da escuta do sofrimento em diferentes contextos institucionais. In Mendes, A. M.; Moraes, R. D. & Merlo, A. R. C. (Orgs.). *Trabalho & Sofrimento*. (pp. 103-114). Curitiba: Juruá.
- 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.
- Clot, Y. (2006). *A função psicológica do trabalho*. Petrópolis: Vozes.
- Codo, W. (2010). Uma revolução silenciosa em saúde e trabalho no Brasil. In Machado, J.; Soratto, L. & Codo, W. (Orgs.). *Saúde e Trabalho no Brasil: uma revolução silenciosa*. (pp.11-19). Petrópolis: Vozes.

- Coelho, M. T. A. D. & Almeida Filho, N. (1999). Normal-Patológico, Saúde-Doença: revisitando Canguilhem. *PHYSIS:Revista Saúde Coletiva*, 9(1), 13-36.
- Coelho, M. T. A. D. & Almeida Filho, N. (2002). Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. *Hist. Cienc. Saúde Manguinhos*, 9(2), 315-33.
- Coelho, M. T. A. D. & Almeida Filho, N. (2003). Análise do conceito de saúde a partir da epistemologia de Canguilhem e Foucault. In Goldenberg, P.; Marsiglia, R. M. G. & Gomes, M. H. A. (Orgs.) *O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. (pp.101-113). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Conferência Nacional de Saúde. (1987). *Anais*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Decreto Lei nº 7036, de 10 de novembro de 1944*. (1994). Reforma da Lei de Acidentes do Trabalho. Recuperado em 01 de fevereiro de 2016 de <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-7036-10-novembro-1944>.
- Decreto Lei nº 6.439, de 01 de setembro de 1977*. (1977). Institui o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF. Recuperado em 18 de março de 2017 de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1643.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1643.htm).
- Decreto Lei nº 99.350, de 27 de junho de 1990*. (1990). Cria o Instituto Nacional do Seguro Social - INSS define sua estrutura básica e o Quadro Distributivo de Cargos e Funções do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores de suas Unidades Centrais e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF. Recuperado em 13 de fevereiro de 2016 de <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1990/decreto-99350-27-junho-1990-338945-publicacaooriginal-1-pe.html>.
- Decreto Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF. Recuperado em 16 de fevereiro de 2016 de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm).
- Decreto Lei nº 2.172, de 05 de março de 1997*. (1997). Aprova o Regulamento dos Benefícios da Previdência Social. Diário Oficial da União. Recuperado em 27 de junho de 2017 de <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1997/decreto-2172-5-marco-1997-444939-publicacaooriginal-1-pe.html>.
- Decreto Lei nº 3048, de 06 de maio de 1999*. (1999). Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Recuperado em 18 de março de 2015 de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d3048.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm).

*Decreto Lei nº 6.214, de 26 de setembro de 2007.* (2007). Regulamenta o benefício de prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e a lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, acresce parágrafo ao art. 162 do Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, e dá outras providências. Recuperado em 01 de fevereiro de 2016 de [http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/\\_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6214.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6214.htm).

Dejours, C. (1986). Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. São Paulo, v. 14, nº 54, p. 7-11.

\_\_\_\_\_. (1992). *A loucura do trabalho*. São Paulo: Cortez-Oboré.

\_\_\_\_\_. (2004). Entre sofrimento e reapropriação: o sentido do trabalho. In Lancman, S. & Sznelwar, L. I. (Orgs.). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Brasília: Paralelo 15. pp. 303-316.

\_\_\_\_\_. (2004). Addendum: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In Lancman, S. & Sznelwar, L. I. (Orgs.). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Brasília: Paralelo 15. pp. 47-104.

\_\_\_\_\_. (2005). *O fator humano*. Rio de Janeiro: Editora FGV.

\_\_\_\_\_. (2007). *A banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro: Editora FGV.

\_\_\_\_\_. (2009). Entre o desespero e a esperança: como reencantar o trabalho? *Revista CULT*, 139, 49-53. Recuperado em 09 de junho de 2017 de <https://revistacult.uol.com.br/home/reencantar-o-trabalho/>.

Dejours, C.; Abdoucheli, E. & Jayet, C. (orgs.) (1994). *Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas.

Dejours, C. & Abdoucheli, E. (1994). Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In Dejours, C. & Abdoucheli, E (Orgs.). *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. (pp.119-143) São Paulo: Atlas.

Delevatil, D. M. & Palazzol, L. S. (2008). Atitudes de empresários do sul do Brasil em relação aos portadores de doenças mentais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(4), 240-246.

Ferreira, I. M. (1985). *Reabilitação profissional e serviço social*. São Paulo: Cortez.

Ferreira, M. C. & Mendes, A. M. (2001). Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mau-humor: atividade de atendimento ao público e prazer-sofrimento no trabalho. *Revista Estudos de Psicologia*, 6(1), 93-104.

Foucault, M. (2007). *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Editora Perspectiva.

- Gil, A. C. (2008). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo: Atlas.
- Glina, D. M. R.; Rocha, L. E.; Batista, M. L. & Mendonça, M. G. V. (2001). Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexos com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. *Cad. Saúde Pública*, 17(3), 607-616.
- Goulart, I. B. & Guimarães, R. F. (2002). Cenários contemporâneos do mundo do trabalho. In Goulart, I.B. (Org.). *Psicologia organizacional e do trabalho: teoria, pesquisa e temas correlatos*. (pp. 17-36). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Instituto Nacional do Seguro Social – INSS. (2013). *Estatísticas de acidentes de trabalho*. Recuperado em 12/05/2016 de <http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/aeat-2013/>
- Instituto Nacional do Seguro Social – INSS. (2016). *Manual técnico de reabilitação profissional*, volume I, atualizado pelos despachos decisórios nº 2/DIRSAT/INSS, de 24/11/2011, nº 1/ DIRSAT/INSS, de 19/04/2016 e nº 2, DIRSAT/INSS, de 12/05/2016. Diretoria de Saúde do Trabalhador – DIRSAT. Recuperado em 25 de abril de 2017 de [http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/dados/Lists/Pedido/Attachments/491997/RES POSTA\\_PEDIDO\\_Manual-Volume%20I.pdf](http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/dados/Lists/Pedido/Attachments/491997/RES POSTA_PEDIDO_Manual-Volume%20I.pdf).
- Jacques, M. G. C. (2010). “Doença dos nervos”: Uma expressão da relação entre saúde/doença mental. In Jacques, M. G. & Codo, W. (Orgs.). *Saúde Mental & Trabalho: leituras*. (pp. 98-111). Petrópolis: Vozes.
- Jacques, M. G. C. (2003). Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental & trabalho. *Psicologia & Sociedade*, 15(1), 97-116.
- \_\_\_\_\_. (2007). O nexos causal em saúde/doença mental no trabalho: uma demanda para a psicologia. *Psicologia & Sociedade*, 19(1), 112-119.
- Jacques, M. G. & Codo, W. (2010). Introdução - Uma urgência, uma busca, uma ética. In Jacques, M. G. & Codo, W. (Orgs.). *Saúde Mental & Trabalho: leituras*. (pp. 17-28). Petrópolis: Vozes.
- Lacaz, F. A. C. (2007). O campo saúde do trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(4), 757-766.
- Lancman, S.; Toldrá, R. & Santos, M. (2010). Reabilitação profissional e saúde mental no trabalho. In Glina, D. M. R. & Rocha, L. E. (Orgs.). *Saúde mental no trabalho: da teoria à prática*. (pp. 98-112). São Paulo: Roca.
- Lancman, S. (2004). O mundo do trabalho e a psicodinâmica do trabalho. In Lancman, S. & Sznelwar, L. I. (Orgs.). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. (pp.23-34). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Brasília: Paralelo 15.

- Laville, C. & Dionne, J. A. (1999). *Construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: Artmed; Belo Horizonte: Editora UFMG.
- Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. (1991). *Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências*. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Recuperado em 18 de março de 2015 de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8213cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213cons.htm).
- Lei n. 11.430, de 26 de dezembro de 2006. Altera as leis nºs 8.213, de 24 de julho de 1991, e 9.796, de 5 de maio de 1999, aumenta o valor dos benefícios da previdência social; e revoga a Medida Provisória nº 316, de 11 de agosto de 2006; dispositivos das Leis nºs 8.213, de 24 de julho de 1991, 8.444, de 20 de julho de 1992, e da Medida Provisória nº 2.187-13, de 24 de agosto de 2001; e a Lei nº 10.699, de 9 de julho de 2003.
- Lima, M. E. A. (2003). A polêmica em torno donexo causal entre distúrbio mental e trabalho. *Psicologia em Revista*, 10(14), 82-91.
- \_\_\_\_\_. (2006). O resgate de uma dívida: resenha do livro Escritos de Louis Le Guillant – da Ergoterapia à Psicopatologia do Trabalho. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 9(2), 109-114.
- Lourenço, E. Â. D. S. & Bertani, I. F. (2010). Invisibilidade social das doenças relacionadas ao trabalho: desafios para a reabilitação profissional. (2010, setembro). *VII Seminário de Saúde do Trabalhador e V Seminário O Trabalho em Debate “Saúde Mental Relacionada ao Trabalho”*. Recuperado de <http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sst/n7/a20>.
- Lunardi, V. L. Problematizando conceitos de saúde, a partir do tema da governabilidade dos sujeitos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 20(1), 26-40
- Lussi, I. A. O. & Pereira, M. A. O. (2013). Concepções sobre trabalho elaboradas por usuários de saúde mental envolvidos em projetos de inserção laboral. *Revista Terapia Ocupacional Universidade de São Paulo*, 24(3), 208-15.
- Maeno, M.; Takahashi, M. A. C. & Lima, M. A. G. (2009). Reabilitação profissional como política de inclusão social. *Revista Acta Fisiátrica*, 16(2), 53-58.
- Maeno, M. & Wunsch Filho, V. (2010). Reinscrição no mercado de trabalho de ex-trabalhadores com LER/DORT de uma empresa eletrônica na região metropolitana de São Paulo. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35(121), 53-63.
- Maeno, M. & Vilela, R. A. G. (2010). Reabilitação Profissional no Brasil: elementos para a construção de uma política pública. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35, 0303-7657.

- Matsuo, M. (1997). *Acidentado do trabalho: reabilitação ou exclusão?* (Dissertação de mestrado). Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. Recuperado em 18 de março de 2016 de <http://www.fundacentro.gov.br/biblioteca/biblioteca.../dissert%23-%23Myrian-reabilitação-pdf>.
- Mendes, A. M. B. (1995). Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 15(1-3), 34-38.
- Merlo, A. R. C. (2014). Processo de globalização, sofrimento psíquico e atenção à saúde mental no trabalho. In Mendes, A. M.; Moraes, R. D. & Merlo, A. R. C. (Orgs.). *Trabalho e sofrimento: práticas clínicas e políticas*. (pp. 177-183). Curitiba: Juruá.
- Minayo, M. C. (2001). Estrutura e Sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1), 7-19.
- Minayo, M. C. (2014). O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec.
- Neves, R. F. (2016). *Experiência e significado no retorno ao trabalho para trabalhadores com transtorno mental* (Tese de Doutorado). Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil.
- Oliveira, A. A. S. & Bastos J. A. (2014). Saúde mental e trabalho: descrição da produção acadêmica no contexto da pós-graduação brasileira. *Caderno de Psicologia Social e do Trabalho*. 17(2), pp. 239-254.
- Organização Mundial de Saúde - OMS. (2011). *World Report on Disability (Relatório mundial sobre a deficiência)*. The World Bank. Recuperado em 29 de junho de 2017 de [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/chapter4\\_por.pdf?ua=1](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/chapter4_por.pdf?ua=1).
- Organização das Nações Unidas – ONU. (2013, abril 23). OIT: um trabalhador morre a cada 15 segundos por acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho. Recuperado de <https://nacoesunidas.org/oit-um-trabalhador-morre-a-cada-15-segundos-por-acidentes-ou-doencas-relacionadas-ao-trabalho/>.
- Organização Internacional do Trabalho – OIT. (1995). R099 - Recomendación sobre la adaptación y la readaptación profesionales de los inválidos, 1955 (núm. 99) Recuperado em 27 de maio de 2017 de [http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100\\_INSTRUMENT\\_ID:312437:NO](http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312437:NO).
- \_\_\_\_\_. (2010). *Riesgos emergentes y nuevos modelos de prevención en un mundo de trabajo en transformación*. Ginebra: OIT.



- \_\_\_\_\_. (2013, abril 23). *Doenças profissionais são principais causas de morte no trabalho*. Recuperado de <http://www.oitbrasil.org.br/content/doencas-profissionais-sao-principais-causas-de-mortes-no-trabalho>.
- Paparelli, R.; Sato, L. & Oliveira, F. (2011). A saúde mental relacionada ao trabalho e os desafios aos profissionais da saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 36(123), 118-127.
- Poersche, A. L. & Merlo, A. R. C. (2017). Reabilitação Profissional e retorno ao trabalho: uma aposta de intervenção. *Psicologia & Sociedade*, 29: e149496.
- Previdência Social (2017, abril 28). Recuperado de <http://www.previdencia.gov.br/2017/04/saude-e-seguranca-estudo-apresenta-analise-sobre-beneficios-por-incapacidade/>
- Puttini, R. F. & Pereira, A. Jr. (2007). Além do mecanicismo e do vitalismo: a “normatividade da vida” em Georges Canguilhem. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, 17(3):451-464.
- Ramos, M. Z.; Tittoni, J. & Nardi, H. C. (2008). A experiência de afastamento do trabalho por adoecimento vivenciada como processo de ruptura ou continuidade nos modos de viver. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 11(2), 209-221.
- Safatle, W. (2011). O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem. *Scientiae studia*, 9(1), 11-27.
- Saldanha, J. H. S.; Pereira, A. P. M.; Neves, R. F. & Lima, M. A. G. (2013). Facilitadores e barreiras de retorno ao trabalho de trabalhadores acometidos por LER/DORT. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 38(127), 122-138.
- Sato, L. & Bernardo, M. H. (2005). Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(4), 869-878.
- Seligman-Silva, E. (2011). *Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo*. São Paulo: Cortez.
- Silva, R. S. & Brandalise, F. (2008). O efeito do diagnóstico psiquiátrico sobre a identidade do paciente. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 16(2), 123-129.
- Simón, M. A. (1999). Prefacio. In M. A. Simón (Dir. y otros). *Manual de psicología de la salud* (pp. 27-35). Madrid, ES: Biblioteca Nueva.
- Simonelli, A. P.; Camarotto, J. A.; Bravo, E. S. & Vilela, R. A. G. (2010). Proposta de articulação entre abordagens metodológicas para melhoria do processo de reabilitação profissional. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35(121), 64-73.

- Souza, A. S.; Mancussi, L. & Faro, A. C. (2011) História da reabilitação no Brasil, no mundo e o papel da enfermagem neste contexto: reflexões e tendências com base na revisão de literatura. *Revista Enfermaria Global*, 24, 290-306.
- Souza, W. F. (2013). Transtornos mentais e comportamentais relacionados ao trabalho: o que a psicologia tem a dizer e a contribuir para a saúde de quem trabalha? *Fractal: Revista de Psicologia*, 25(1), 99-108.
- Souza, R. P. (2016). *Reabilitação profissional no contexto de precarização do mundo do trabalho: um estudo de caso da formação profissional no programa reabilita do INSS*. (Tese de doutorado). UFC. Programa de Pós-Graduação em Educação. Ceará, Brasil.
- Takahashi, M. A. B. C. & Canesqui, A. M. (2003). Pesquisa avaliativa em reabilitação profissional: a efetividade de um serviço em desconstrução. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(5), 1473-1483.
- Takahashi, M. A. B. C. (2006). *Incapacidade e previdência social: trajetória de incapacitação de trabalhadores adoecidos por LER/DORT no contexto da reforma previdenciária brasileira da década de 1990*. (Tese de Doutorado). Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, São Paulo, Brasil.
- Takahashi, M. A. B. C.; Kato, M. & Leite, R. A. O. (2010). Incapacidade, reabilitação profissional e saúde do trabalhador: velhas questões, novas abordagens. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35, 0303-7657.
- Takahashi, M. A. B. C. & Iguti, A. M. (2008). As mudanças nas práticas de reabilitação profissional da Previdência Social no Brasil: modernização ou enfraquecimento da proteção social? *Caderno de Saúde Pública*, 24(11), 2661-2670.
- Tittoni, J. & Nardi, H.C. (2008). Saúde mental e trabalho: reflexões a partir de estudos com trabalhadores afastados do trabalho por adoecimento profissional. In Jacques, M. G. C. *et al.* (Orgs.). *Relações sociais e ética*. (pp. 70-80). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Toldrá, R. C.; Daldon, M. T. B.; Santos, M. C. & Lancman, S. (2010). Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – SP, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35(121), 10-22.
- Todeschini, R. & Lino, D. (2010). A importância social do NTEP e a busca de integração das políticas públicas de segurança e saúde do trabalhador. In Machado, J.; Soratto, L. & Codo, W. (Orgs.). *Saúde e Trabalho no Brasil: uma revolução silenciosa*. (pp.11 a 19). Petrópolis: Vozes.
- Vacaro, J. E. & Pedroso, F. S. (2011). Desempenho dos segurados no serviço de reabilitação do Instituto Nacional de Seguridade Social. *Acta Fisiatrica*, 18(4), 200-205.

- Vasconcelos, A. & Faria, J. H. (2008). Saúde mental no trabalho: contradições e limites. *Psicologia & Sociedade*, 20(3), 453-464.
- Venturini, E.; Galassi, A.; Roda, A. & Sergio, E. (2003). Habilitar-se em saúde mental: observações críticas ao conceito de reabilitação. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 55, (1), 56-63.
- WHO. (1948). *World Health Organization*. Genebra: World Health Organization. Autor.
- Zambroni-de-Souza, P. C.; Athayde, M., Araújo, A. J. S. & Souza, A. M. R. Z. (2009). O pioneirismo de Louis Le Guillant na reforma psiquiátrica e psicoterapia institucional na França: a importância do trabalho dos pacientes para a abertura dos hospícios. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 9(3), 612-631.
- Ziliotto, D. M. & Berti, A. R. (2013). Reabilitação profissional para trabalhadores com deficiência: reflexões a partir do estado da arte. *Saúde e Sociedade*, 22(3), 736-750.

# APÊNDICE

## **APÊNDICE**

### **I - DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS**

Idade:

Gênero: ( ) Feminino ( ) Masculino

Estado Civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Divorciado

( ) Viúvo ( ) \_\_\_\_\_

Filhos: ( ) Sim Quantos? \_\_\_\_\_

( ) Não

Tem religião? ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

Escolaridade:

Profissão:

Tempo de profissão:

No momento, possui vínculo organizacional/institucional ou trabalha informalmente?

### **II – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

#### **REABILITAÇÃO PROFISSIONAL**

1. Como você avalia a Reabilitação Profissional (RP)?
2. Em que medida a RP favoreceu o retorno ao trabalho?
3. Você retornou à mesma função que já exercia ou para outra função?
4. Como você descreve seu retorno?
5. Como foi o processo de readaptação (pares, liderança, processo...)?
6. Quais eram suas expectativas antes de retornar ao trabalho?
7. Tais expectativas foram alcançadas?

#### **TRABALHO**

8. O que o trabalho significa pra você?
9. Como você descreve o período de afastamento, anterior à reabilitação?
10. O que significou pra você o retorno ao trabalho?
11. Como você se sente, no momento, em sua nova função/atividade/profissão?

**SAÚDE/SAÚDE MENTAL**

12. O que a palavra SAÚDE significa pra você?
  
13. Em sua opinião, o fato de ter se afastado por um Transtorno Mental e Comportamental (TMC) influenciou de alguma maneira a reabilitação?
  
14. Como tem sido sua experiência em seu trabalho atual referente a tal influência?
  
15. Como você avalia seu atual estado de saúde?



## ANEXO A

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado "REABILITAÇÃO PROFISSIONAL E SAÚDE MENTAL: O CAMINHO DE VOLTA DO TRABALHADOR REABILITADO" desenvolvido pela aluna Valéria Moraes da Silveira Sousa do Curso de Mestrado em Psicologia da Saúde – Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde/PPGPS da Universidade Estadual da Paraíba, sob a orientação do professor Dr. Francinaldo do Monte Pinto.

**CAMPINA GRANDE, 18 de novembro de 2016.**

Dr. Francinaldo do Monte Pinto  
Perito Meic.  
Mat. SIAPE  
In 8-2516  
M-PB 6791  
CJ. 1304712

Proteção para o Trabalhador e sua Família

Rua Cel. João Lourenço Porto, 89, Centro, 5º Andar, CEP: 58.400-240, Telefone: (83) 3341-4545 Ramal 52107. [benefexcp@inss.gov.br](mailto:benefexcp@inss.gov.br)

## ANEXO B



### TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA USO E COLETA DE DADOS EM ARQUIVOS

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado "REABILITAÇÃO PROFISSIONAL E SAÚDE MENTAL: O CAMINHO DE VOLTA DO TRABALHADOR REABILITADO", desenvolvido pela aluna do Mestrado em Psicologia da Saúde – Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, sob orientação do prof. Dr. Francinaldo do Monte Pinto. A coleta de dados será do tipo documental e acontecerá no Arquivo de prontuários dos segurados que passaram por reabilitação profissional nos anos de 2014/2015, localizado no Setor de Saúde do Trabalhador/Reabilitação Profissional do INSS – Campina Grande/PB. A referida pesquisa será para identificar e localizar os trabalhadores cujo motivo de afastamento tenham sido do grupo F da CID-10. Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, toda a documentação relativa a este trabalho deverá ser entregue em duas vias (sendo uma em CD e outra em papel) a esta instituição sedadora da pesquisa que também arquivará por cinco anos de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Dr. *[assinatura]* Data: *[assinatura]* In. 4-2616  
Ponto Med. M-PB 5791  
Mat. SIAPE 1304722

Campina Grande, 18 de novembro de 2016.

Profecção para o Trabalhador e sua Família

Rua Cel. João Lourenço Porto, 89, Centro, 5º Andar, CEP: 58.400-240, Telefone: (83) 3341-4545 Ramal 52107. [benefgexcp@inss.gov.br](mailto:benefgexcp@inss.gov.br)