

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

ANA LUISA POERSCH

**DAS (IM)POSSIBILIDADES NO RETORNO ÀS ATIVIDADES:
TRABALHO, SUBJETIVIDADE E REABILITAÇÃO PROFISSIONAL**

Porto Alegre

2015

ANA LUISA POERSCH

**DAS (IM)POSSIBILIDADES NO RETORNO ÀS ATIVIDADES:
TRABALHO, SUBJETIVIDADE E REABILITAÇÃO PROFISSIONAL**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Psicologia Social e Institucional ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Álvaro Roberto Crespo Merlo

Porto Alegre

2015

Poersch, Ana Luisa

Das (im)possibilidades no retorno às atividades: trabalho, subjetividade e reabilitação profissional / Ana Luisa Poersch. Porto Alegre, 2015.
81 f.: il. color.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Curso de Psicologia Social, Porto Alegre, 2015.

Prof. Álvaro Roberto Crespo Merlo.

1. Reabilitação profissional. 2. Retorno ao trabalho. 3. Clínicas do trabalho. 4. Saúde do trabalhador. 5. Pesquisa-intervenção. I. Título. II. Merlo, Álvaro Roberto Crespo. III. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

ANA LUISA POERSCH

**DAS (IM)POSSIBILIDADES NO RETORNO ÀS ATIVIDADES:
TRABALHO, SUBJETIVIDADE E REABILITAÇÃO PROFISSIONAL**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Psicologia Social e Institucional ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Aprovado em: __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra Jaqueline Tittoni (PPGPSI/UFRGS)

Profa. Dra Liana Lautert (PPGENF/UFRGS)

Profa. Dra Janine Kieling Monteiro (PPG Psicologia Clínica/UNISINOS)

Profa. Dra Carmem Ligia Iochins Grisci (PPGA/UFRGS)

Prof. Dr. Álvaro Roberto Crespo Merlo - UFRGS

*Aos meus pais, exímios trabalhadores,
Ivo e Ana Rita.*

AGRADECIMENTOS

Este tempo de composição não foi vivido individualmente. Esta escrita foi construída a muitas mãos.

As intensidades que atravessaram a realização do mestrado em Psicologia Social e Institucional na Universidade Federal do Rio Grande do Sul apontam, sobretudo, às potências que esta casa me ofertou desde que nela ingressei, em meados de 2002.

Início, então, com as devidas honras, meus agradecimentos à universidade, por tanto e tudo que me proporcionou e proporciona desde a graduação. Nos meus mestres encontrei exemplos de ética, crítica e implicação. Nos meus colegas, encontrei amigos, grandes parceiros, inúmeras trocas e alegria – muita alegria. Tenho muito orgulho desta trajetória.

Ao professor Álvaro Merlo agradeço a troca, os questionamentos, os tensionamentos provocados ao longo dos encontros que tivemos nesta jornada acadêmica e profissional. Ao laboratório de Psicodinâmica do Trabalho da UFRGS, uma composição ativa de pessoas muito especiais, agradeço a acolhida, os sorrisos, as leituras, indicações e discussões, sempre tão intensas, implicadas, carregadas de experiências e desejo. Muito desejo. À Carla, Karine e Cláudia, especialmente, muito obrigada!

À banca examinadora, desde o momento da qualificação, agradeço as sugestões, o carinho, o olhar, a aposta! Em especial preciso agradecer minha querida professora Jaqueline Tittoni, profissional responsável por me aproximar da crítica do trabalho, da saúde do trabalhador, deste universo apaixonante que tanto me gratifica.

Ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre agradeço a confiança na aposta em uma prática genuína em clínica no trabalho, com todos os desafios que ela suscita. Agradeço ainda o incentivo à pesquisa, direcionando uma gratidão especial ao Serviço de Medicina Ocupacional, equipe da qual orgulhosamente faço parte e que tanto me ensina.

Ao Serviço de Psicologia do HCPA e minhas colegas queridas agradeço os aprendizados cotidianos, os sorrisos em meio à dor, a invenção em meio aos processos de trabalho na saúde pública. À Deise e à Ana Luisa, estagiárias ímpares, agradeço pelo olhar atento e inquieto ao longo da realização dos grupos. Em especial sou muito grata à Márcia Ramos e Desirée Bianchessi, outrora supervisoras de estágio, que, de tão implicadas em suas práticas, fazem-me hoje colega em um projeto coletivo de aposta na saúde mental no trabalho: é incrível trabalhar com vocês, obrigada!

Às trabalhadoras desta pesquisa-intervenção agradeço a disponibilidade, a entrega, o desejo em construir linhas de fuga. A potência destes encontros e desencontros, tão intensa nesta escrita, também se dá dentro de mim. Aprendi e aprendo muito a cada dia com a reabilitação profissional. À Dra Cecília, Cinara, Flórence, Daiana e Minki, colegas de Programa de Reabilitação, agradeço o apoio nesta empreitada e o engrandecimento da minha prática como psicóloga do Trabalho. O desafio deste diálogo é instigante, obrigada!

Das intensidades da vida que aqui se fazem presentes, parte fundamental é composta por meus amigos. São muitos: tão diferentes, tão singulares. Os sorrisos mais lindos. Obrigada por tanto!

A la familia madrileña, gracias, siempre! Os irmãos que a vida me deu.

Daquilo que é do sangue sempre me faltam palavras para expressar. Pai, Mãe e Julica. Eles acreditam na educação, que estudando a vida acontece. E eles têm toda a razão. Obrigada por acreditarem mais em mim do que eu mesma ousar fazer. Por viverem comigo minhas angústias, meus sonhos e minhas realizações. Vocês me acompanham sempre!

Daquilo que é do amor tem nome: Marcelo. Poesia aos meus ouvidos, brilho no olhar, alegria nos meus dias. O melhor abraço do mundo. Obrigada!

“Há uma idade em que se ensina o que se sabe; mas vem em seguida outra, em que se ensina o que não se sabe: isso se chama pesquisar. Vem talvez agora a idade de uma outra experiência, a de desaprender, de deixar trabalhar o remanejamento imprevisível que o esquecimento impõe à sedimentação dos saberes, das culturas, das crenças que atravessamos [...]. Sapientia: nenhum poder, um pouco de saber e o máximo de sabor possível.”

Roland Barthes

RESUMO

Muitas são as dificuldades dos trabalhadores acometidos por doenças ocupacionais para retornar ao trabalho, seja devido às limitações funcionais decorrentes dos adoecimentos, aos obstáculos vivenciados junto às empresas ou então junto à previdência social e serviços de saúde. A restrição laboral e o retorno ao trabalho estão entre os aspectos mais complexos das políticas de atenção à saúde do trabalhador. Esta pesquisa-intervenção teve como objetivo conhecer e se aproximar das experiências do retorno ao trabalho e as implicações na produção de subjetividade em trabalhadores da área hospitalar que retornam às atividades após participação em programa de reabilitação profissional. Buscamos, no momento de retorno ao trabalho, produzir, coletivamente, junto aos trabalhadores, questionamento frente às naturalizações associadas ao lugar de doente e de trabalhador com restrições, confrontando discursos institucionais e de gestão, discutindo a produção e os processos estabelecidos. A pesquisa foi realizada com grupos de trabalhadores reabilitados de um hospital universitário geral de grande porte, em Porto Alegre, RS. Os encontros (n=8) foram compostos por trabalhadores (n=20) de diversas funções e áreas de trabalho no hospital, que tenham participado de programa de reabilitação profissional e estejam desenvolvendo suas atividades em sua área de origem, ou em novo posto de trabalho. Os resultados apontam para as dificuldades, limitações, para a problematização dos modelos de gestão no trabalho vigentes. Por outro lado também apontam para a criação de novos modos de trabalhar e viver, em posições afirmativas como trabalhador hospitalar e na construção coletiva de estratégias de inventividade.

Palavras-chave: Reabilitação profissional. Retorno ao trabalho. Clínicas do trabalho. Saúde do trabalhador. Pesquisa-intervenção.

ABSTRACT

Workers affected by occupational illnesses face many difficulties to return to work, either due to functional limitations resulting from disease or to obstacles experienced in companies, social security or health services. Labour restriction and return to work are among the most complex aspects of workers' health care policies. This intervention research aimed to approach and understand experiences of return to work and their implications to the subjectivity production of hospital workers who returned to work after participating in a rehabilitation program. We searched, in the moment of return, to collectively question with workers the naturalizations associated with the "sick" and "worker with restrictions" role, confronting institutional and management discourses and discussing its production and the established processes. The research was conducted with groups of rehabilitated workers within a large university hospital in Porto Alegre, RS. The meetings (8) were held with workers (20) of various functions and areas of the hospital, who had participated in a professional rehabilitation program, and were developing their activities either in their original area or in a new work position. The results point to the difficulties, limitations and to the problematization of current work management models. However, they also indicate the creation of new ways of working and living, in affirmative positions as hospital workers and the collective construction of inventiveness strategies.

Keywords: Professional rehabilitation. Return to work. Work clinics. Workers' health. Intervention research.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estrutura do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.....	44
Quadro 2 - Participantes da pesquisa	49
Quadro 3 - Vínculo institucional e no Programa de Reabilitação Profissional	51

SUMÁRIO

1 DAS IMPLICAÇÕES QUE CONDUZEM À ESCRITA, OU POR UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	12
2 DO TRABALHO, SOBRE O TRABALHO NO HOSPITAL	15
2.1 DO HOSPITAL E SUAS PRÁTICAS ATUAIS EM QUALIDADE E GESTÃO: ACREDITAÇÃO INTERNACIONAL E PODER GERENCIALISTA.....	18
3 DA LEGISLAÇÃO EM REABILITAÇÃO PROFISSIONAL À VIVÊNCIA DO AFASTAMENTO.....	28
4 UM PROBLEMA DE PESQUISA, OU UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	33
5 DIRECIONANDO O OLHAR, OU DOS OBJETIVOS	39
5.1 OBJETIVO GERAL	39
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	39
6 INCURSÕES METODOLÓGICAS	40
7 DA PESQUISA PROPRIAMENTE DITA.....	44
7.1 DO CAMPO DE INVESTIGAÇÃO	44
7.2 DA INTERVENÇÃO	46
8 DOS RESULTADOS.....	49
8.1 DAS PARTICIPANTES.....	49
8.2 DOS ENCONTROS E REENCONTROS – O RETORNO ÀS ATIVIDADES.....	52
8.3 DAS DIFICULDADES, OU DAQUILO QUE PERSISTE.....	56
8.4 DAS POSSIBILIDADES, OU DAQUILO QUE RESISTE.....	63
9 DAS CONSTRUÇÕES POSSÍVEIS.....	67
9.1 DA PRODUÇÃO DE INTERVENÇÕES, OU DE ALGUNS ENCAMINHAMENTOS	69

9.2 DAQUILO QUE NÃO SE ENCERRA.....	70
REFERÊNCIAS.....	72
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	80

1 DAS IMPLICAÇÕES QUE CONDUZEM À ESCRITA, OU POR UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

“Y aunque no haya una razón,
 Todos a sus puestos,
 La vida puede que no
 Se ponga mucho mejor que esto
 Por una vez que no duele,
 Todo el mundo a bordo
 Que la pena cante hoy
 En oídos sordos.” (DREXLER, 2010).

Uma escrita que emerge da prática, uma escrita para então problematizar a prática e apontar linhas de fuga ao instituído. Olhar o trabalho, e trabalhando, poder trabalhá-lo é uma trama que desde sempre se atravessa em um exercício aqui pensado alinhado à teoria, em um intento de aproximar dois campos que por vezes escapam-se um ao outro.

Estar inserida como psicóloga do trabalho em uma instituição que vem sofrendo transformações importantes em seus processos, gestão e organização do trabalho me faz sentir a necessidade constante do exercício de um afastamento da cena laboral, que também me convoca e me captura em seus chamados, sempre urgentes, característicos de um hospital. O retorno à academia e à pesquisa são dispositivos de um movimento que se faz complementar a uma atuação que se pretende crítica e ética.

A organização em questão, entendo, é apenas um campo das transformações, dentre tantos outros, que nossos dias nos vem apresentando em relação ao mundo do trabalho, e conseqüentemente, dos modos de pertencer a este universo mutante em seus paradigmas e afirmações. Em discursos que cada vez mais se voltam à produção, a psicologia do trabalho vem sendo convocada a olhar o sofrimento daqueles que não mais conseguem responder a este chamado, seja por relações de trabalho deterioradas, ritmos exorbitantes que destoam de uma prática possível, processos de gestão engessantes, ou então no acompanhamento daqueles que sofrem de patologias relacionadas ao trabalho.

O número crescente de trabalhadores acometidos por doenças em sua prática cotidiana nos chama a atenção para a fragilidade dos corpos que (se)

expõem, cada vez mais, aos modos rígidos e exigentes de uma gestão que se bem convoca à flexibilização, muito pouco se mostra aberta, em contrapartida, às singularidades de situações e sujeitos que emergem paralelo ao desenvolvimento de suas atividades. Nas situações mais críticas, o afastamento e conseqüente ingresso em licença saúde (quando de um trabalho formal e regido pela legislação trabalhista) provoca uma série de modificações e alterações nos modos de vida daqueles que passam a gozar de benefício para tratamento de sua saúde e posterior reingresso às atividades. São meses, anos de consultas, exames, procedimentos médicos e incerteza. Alguns profissionais jamais disporão de um corpo saudável para retomar a vida laboral em plenitude.

Para estes trabalhadores que não mais poderão exercer suas atividades de origem, seja por restrição ocupacional ou mesmo clínica (que não tenha relação com o trabalho em uma primeira análise), existe o Programa de Reabilitação Profissional, serviço da Previdência Social. Prestado pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), de caráter obrigatório, sua finalidade consiste em tentar, através de diversas frentes e equipes de saúde, reabilitar segurados incapacitados para poderem atuar em atividades diversas ou então retornar para a mesma ocupação com restrições.

A vivência do afastamento, nestes casos, é acompanhada de expectativas importantes em relação ao retorno às atividades. Um processo muitas vezes doloroso, de apropriação de um corpo limitado, de preconceitos, de crítica à instituição e finalmente de desejo de retomar rotinas, laços e o objeto do trabalho. O trabalho na assistência em saúde, a propósito, tem peculiaridades importantes ao longo desta vivência. O hospital atravessa transformações históricas em relação aos cuidados, processos e modos de gestão na atenção à saúde, e o trabalhador precisa dar conta de novos registros e procedimentos (SILVEIRA, 2010).

Em nossa prática atual o atendimento da psicologia a estes trabalhadores reabilitados vem se dando de maneira individual, em espaço periódico de escuta e acompanhamento já constituído institucionalmente junto ao Serviço de Medicina Ocupacional (SMO). No entanto, o aumento do sofrimento destes profissionais, que voltando ao trabalho se confrontam com preconceitos, inseguranças, dor, somados a modelos de gestão que fomentam um cenário pouco acolhedor, vem nos convocando a pensar e criar novos espaços para acompanhá-los neste momento delicado.

A escuta individual destas trajetórias, somada a uma vivência que já é socialmente individualizante, vem se mostrando - no momento atual do trabalho na organização em questão, um espaço limitado no enfrentamento e busca de recursos e possibilidades subjetivas frente à realidade que se apresenta. Possibilitar um espaço coletivo de discussão e problematização, no retorno às atividades, bem como acompanhar esta trajetória em uma vivência grupal, potencializando-a, são eixos importantes desta pesquisa-intervenção, que pretende ainda fomentar uma discussão todavia incipiente, dirigindo análises e discussões, desde o olhar das Clínicas do Trabalho, aos trabalhadores com restrições no retorno à vida laboral.

2 DO TRABALHO, SOBRE O TRABALHO NO HOSPITAL

Ao longo de sua história o trabalho imprime múltiplas marcas nas sociedades. A maneira de se relacionar com as regras, estabelecidas em cada período histórico, define seus modos e os processos de subjetivação¹ (NARDI, 2006). Regimes de poder se instauram com formatações diversas, de acordo com a época a que servem, produzindo efeitos para além da esfera dos ambientes de trabalho, apresentando-se, sobretudo, como um modo de subjetivação que transita no âmbito familiar, escolar e das organizações (FONSECA; BARROS, 2010).

Também entendemos, com Ramminger e Nardi (2008), que o trabalho não deve ser analisado somente em relação às técnicas de produção e dominação, sua análise deve contemplar também a maneira como os sujeitos vivenciam e dão sentido às suas experiências de trabalho. Estas variam conforme o contexto social, histórico e econômico, permitindo diferentes processos de produção de subjetividade, diferentes “sujeitos trabalhadores” (RAMMINGER; NARDI, 2008, p. 341), sobretudo porque

A complexidade das relações entre saúde e trabalho, as especificidades das configurações de cada contexto sociohistórico e os arranjos políticos e culturais não podem ser compreendidos fora das relações capital/trabalho [...]. O capitalismo transforma-se, assim como se transformam as fontes de sofrimento, os prazeres possíveis, os perfis de adoecimento, os riscos, as inovações tecnológicas e as formas de resistência (NARDI, 2004, p. 47).

O contexto das relações capital/trabalho também implica em mudanças no perfil epidemiológico das doenças relacionadas ao trabalho (TOLDRÁ et al., 2010). Objeto de nosso interesse exige um debate singular a respeito da origem dessas doenças e de sua gravidade, seja em relação ao número de trabalhadores acometidos, ou em relação ao gradativo processo de exclusão que elas tendem a propiciar.

Discursos paradoxais atravessam o universo laboral contemporâneo, tema que há muito se pensa e, todavia, está longe de um esgotamento. São engenharias,

¹ O modo de subjetivação, para o autor, diz da forma predominante das relações dos regimes de verdades e discursos que atravessam o trabalho; já o processo de subjetivação é a maneira singular que cada sujeito estabelece esta relação em sua vida, vivenciando-a em sua trajetória particular (NARDI, 2006).

psicologias, medicinas, sociologias, ciências que apresentam e se renovam em problemáticas, soluções, receitas e indagações a respeito de configurações do mundo do trabalho.

Neste enredo, 'Psicologias do Trabalho' se encontram e desencontram em afirmativas, nas tentativas de inserção nos campos da saúde mental e trabalho, psicologia das organizações, administração em recursos humanos, gestão de pessoas, dentre tantos outros caminhos. Saberes locais e globais sugerem modos de trabalhar, habitando tempos, momentos e movimentos diversos. Em um mesmo contexto, linhas de força contraditórias atualizam espaços e sujeitos, formações e práticas, engendrando discursos, lançando modos de existir, produzindo saúde e adoecimento.

Taylor (1995), através da sua Administração Científica do Trabalho, evidencia a máxima da 'pessoa certa no lugar certo', alimentando desde então, em meados de 1910, uma produção de saber formalizada acerca dos sujeitos no trabalho, da fabricação e distribuição de sujeitos em escalas, tarefas e tempos pré-estabelecidos, nos quais aos trabalhadores resta a execução, tantas vezes esvaziada de sentido, de criação.

Ao resgatar a psicologia do trabalho na história francófona, Clot (2010) traz da corrente que nomeia de 'análise psicotécnica do trabalho', aproximando este uso do conhecimento à proposta taylorista, entendendo que a estes analistas, cabe, inicialmente, descrever e categorizar a atividade, para, em seguida, favorecer o processo de seleção nas organizações. Cercados de um saber positivista, aqueles que agem são sempre conceptores, recrutadores; os selecionados, passivos, não são sujeitos da ação, são objetos de seleção (CLOT, 2010).

Seguindo nesta discussão, Maeno e Vilela (2010) pontuam que as instituições conservam, de um modo geral, a visão taylorista de que o trabalho é algo estável, que pode ser fracionado em etapas simples de fácil execução, cujo sucesso depende de controle e gerenciamento racionais. Sabemos com a ergonomia, no entanto, que o trabalho e o ser humano são marcados pela variabilidade, complexidade e subjetividade (MAENO; VILELA, 2010). Singularidades que atravessam corpos, que atravessam a produção de saúde, produto imensurável, de disputa e dominação, que tensiona espaços acadêmicos e hospitalares na corrida pela inovação e que serve de campo a este ensaio, fruto de uma prática profissional

inserida e atravessada por uma trama de verdades advindas de diferentes fontes, poderes e lógicas de formação, posto que

Da profana incumbência de sequestrar pobres, moribundos, doentes e vadios do meio social, escondendo o incômodo e disciplinando os corpos e guardando-os até a morte, à nobre função de salvar vidas, o hospital tem percorrido um caminho complexo e tortuoso em busca do tecnicismo científico adequado às suas novas funções (PITTA, 2003, p.39).

Inserindo-nos na especificidade deste trabalho, com Maia e Osório (2004) apontamos que na formação do profissional de saúde há, atualmente, uma grande valorização do saber acadêmico, supostamente objetivo e frequentemente pretensioso. Ciência positiva para corpos positivos, muito embora a história postergue a entrada em cena do *corpo produtivo* - o corpo do trabalhador enquanto objeto de práticas de saúde (PITTA, 2003).

Sabemos, com Ana Pitta (2003, p. 44) do quanto as diferentes funções que o hospital tem desempenhado ao longo de sua história têm dificultado a tarefa dos que buscam entender o processo do trabalho hospitalar “como um corpo de práticas institucionais articuladas às demais práticas sociais numa dada sociedade”, submetido a determinadas regras históricas, econômicas e políticas. Desta forma, problematizar o trabalho hospitalar, com suas nuances e durezas discursivas é, ao mesmo tempo, um convite à diversidade, em espaços que se dão com diferentes modos de produção.

O trabalho em um hospital-escola, instituição que nos servirá como plano de fundo a um projeto de investigação e intervenção tem em suas raízes traços importantes de uma ciência em permanente construção, na busca constante por verdades que solucionem males, em uma captura científica e metodológica, com reflexos importantes nas práticas, nos modos de trabalhar de ofícios imersos em discursos do conhecimento *versus* aqueles que não têm o poder de questionar a ordem estabelecida. A produção de saúde, vida e morte engendra-se a processos de trabalho e gestão rígidos, pautados por demandas orgânicas meticulosas e vigiados por agências reguladoras nacionais e internacionais de padrão de qualidade.

A divisão do trabalho no hospital, conforme Pitta (2003), é a reprodução, no seu interior, da evolução e divisão do trabalho no modo de produção capitalista,

preservando, contudo, algumas características da religiosidade assistencial de outras épocas. Para a autora, o trabalho hospitalar, enquanto serviço, obedece às mesmas regras gerais de determinação econômica que outras atividades, oferecendo, porém, maior complexidade em sua análise ao envolver a discussão de seu valor, resgatando, sobretudo, que “[...] as primeiras vocações para o cuidado dos enfermos certamente se situam no âmbito da religião, e não da ciência e da técnica.” (PITTA, 2003, p. 51).

Com Silva (1998) apontamos que o processo de trabalho hospitalar, em sua maioria, fragmentado, reproduz as características da organização de trabalho industrial. Frequentemente naturalizado como único possível, este processo repete a lógica do trabalho taylorizado que traz à cena a ação mecanizada e a dificuldade de inventividade, esta última necessária à própria execução na busca pelos resultados esperados.

Nesta linha, diversos autores têm apontado a potência que o trabalho contém quando se pode, entre a lei e a execução, criar. Para Dejours (2004), trabalho é justamente a atividade que se defronta com o que não poderia ser realizado pela simples execução prescrita de uma tarefa de caráter utilitário proposta pela organização, realizada então para prover o que não está previsto. Segundo o mesmo autor, em parceria com Gernet (2011), os arranjos que os sujeitos procedem para recuperar a diferença entre o que está prescrito e a atividade efetiva não podem nunca ser inteiramente previstos, posto que são reinventados a cada vez.

2.1 DO HOSPITAL E SUAS PRÁTICAS ATUAIS EM QUALIDADE E GESTÃO: ACREDITAÇÃO INTERNACIONAL E PODER GERENCIALISTA

Entende-se que o futuro será das organizações que possuírem algum tipo de certificação e que de certa forma, isto quebrará o paradigma da fragmentação da saúde proporcionando serviços que realmente atendam as necessidades da população, com segurança, inclusive superando as expectativas dos pacientes, essência da excelência (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005, p. 218).

Esta afirmação, retirada do artigo intitulado “História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões à acreditação”, das autoras supracitadas, nos invita a uma

série de questionamentos paradoxais em relação ao modelo hospitalar quando de sua concepção e ao modo como atualmente a instituição se constitui e convoca a seus trabalhadores. Na busca por um olhar crítico em relação à temática, buscaremos inserções teóricas que nos ajudem a compor o panorama em que os trabalhadores desta investigação desenvolvem sua prática.

Machado e Kuchenbecker (2007, p. 72) apontam que as últimas décadas testemunharam uma série de avanços do conhecimento e da tecnologia em saúde, contexto no qual os hospitais têm sido confrontados com uma enormidade de demandas simultâneas, que, somadas a este avanço, impõem “substantivos desafios de organização e gestão.” Segundo os autores, colaboram para este constante cenário de mudanças as novas modalidades assistenciais, em adaptação às mudanças vivenciadas pelos sistemas de saúde nos últimos anos.

Neste contexto, o hospital tem despertado o interesse como empresa, impulsionando estudos sobre planejamento estratégico, sistemas de informação e redução de custos (WEBER; GRISCI, 2010). Com as autoras, entendemos que esta perspectiva está atrelada ao contexto neoliberal, de globalização e reforma do Estado, que apresenta alta exigência por resultados positivos, voltados à lucratividade, fator fundamental para sobrevivência em um mercado competitivo.

Em que pese a densidade e profundidade desta discussão, destacamos dos efeitos possíveis na saúde do trabalhadores da rede pública que compõem este novo cenário, cujo produto de seu empenho passa pela produção de saúde. Seria a saúde um direito da população ou dispositivo de lucratividade e sustentabilidade no sistema público?

Além disso, o conhecimento sobre o trabalho em uma instituição hospitalar, atualmente, passa também pela condição de se reconhecer aspectos de sua cultura organizacional, da história do hospital e de seu posicionamento em relação ao futuro, sendo que nos moldes da gestão da qualidade em saúde, isso se refere a conhecer a “[...] Missão, a Visão, a Política da Qualidade e os Objetivos da Qualidade do hospital.” (SILVEIRA, 2010, p. 72).

Em relação à temática da qualidade na assistência, o Ministério da Saúde vem, desde meados de 1970, desenvolvendo e implementando a publicação de normas e portarias; em uma das quais instituiu a criação da Organização Nacional

de Acreditação - ONA (CUNHA; FELDMAN, 2005). Esta organização, criada em maio de 1999, é o órgão regulador e credenciador do desenvolvimento da melhoria da qualidade da assistência à saúde nacional e contém um Programa de Padrões descritos no manual que certifica, através das empresas credenciadas, as instituições de saúde que atingem os níveis de qualidade propostos ou em conformidade:

A ONA é uma organização privada, sem fins lucrativos e de interesse coletivo, que tem como principais objetivos a implantação e implementação nacional de um processo permanente de melhoria da qualidade da assistência à saúde, estimulando todos os serviços de saúde a atingirem padrões mais elevados de qualidade, dentro do Processo de Acreditação (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005, p.217).

Esta cultura, influenciada por modelos norte-americanos de avaliação de hospitais, tem nas Instituições Acreditadoras – empresas de direito privado credenciadas pela ONA, a responsabilidade de proceder a avaliação e certificação da qualidade dos serviços de saúde em âmbito nacional (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005). Para as autoras, a organização prestadora de serviços de saúde que aderir ao processo de acreditação estará revelando sua “[...] responsabilidade e comprometimento “com a segurança, com a ética profissional, com procedimentos que realiza e com a garantia da qualidade do atendimento à população” (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005, p. 217), posto que a

Acreditação é um processo de avaliação externa, de caráter voluntário, através do qual uma organização, em geral não-governamental, avalia periodicamente as instituições de saúde para determinar se as mesmas atendem a um conjunto de padrões concebidos para melhorar a qualidade do cuidado ao paciente e, a partir de regras decisão estabelecidas, receber um selo de acreditação com validade de 3 anos (CBA, 2014).

Originária do vocabulário inglês, a palavra Acreditação é utilizada pelo Manual Brasileiro de Acreditação e pelo Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares. No nosso campo de investigação e intervenção, a *Joint Comission Internacional* (JCI) foi a empresa eleita para condução e manutenção do processo de acreditação hospitalar no momento em que a pesquisa se realizou.

Após período de preparo (perfazendo 5 anos), em novembro de 2013 o Hospital de Clínicas de Porto Alegre se sagrou o primeiro hospital universitário brasileiro a ser acreditado pela JCI. Ao longo deste período, importantes

transformações processuais e de gestão de pessoas foram construídas na instituição.

É desta realidade que compartilhamos neste ensaio. E este movimento de alteração de processos e mudanças não é sem efeitos no cotidiano dos trabalhadores da saúde, particularmente, neste modelo hospitalar de funcionamento, que tem o público e o privado atravessados desde seu fundamento, cuja lei 5.604, de 1970, instituiu a Empresa Pública de Direito Privado Hospital de Clínicas de Porto Alegre, vinculada ao Ministério da Educação (WEBER, 2008).

Em relação à consultoria, segundo informações que constam em sua página na internet, a *Joint Commission International* (JCI, 2014) é líder mundial em acreditação de instituições de saúde e autora e avaliadora dos mais rigorosos padrões internacionais de qualidade e segurança do paciente. Ademais trabalha, refere-se, para melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados médicos na comunidade internacional por meio da prestação de serviços de educação, publicações e consultoria para acreditação e certificação internacionais. Em mais de 100 países, segundo esta mesma fonte de informações, a JCI faz parceria com hospitais, clínicas e centros médicos acadêmicos; sistemas e agências de saúde; ministérios governamentais; universidades e órgãos de defesa da saúde internacionais para promover rigorosos padrões de cuidados médicos e fornecer soluções para atingir o máximo desempenho.

A empresa defende que o processo de acreditação foi desenvolvido para criar uma cultura de segurança e qualidade na instituição que se empenha em aperfeiçoar continuamente os processos de cuidado ao paciente² e os resultados obtidos, elencando que, nestas condições, a empresa:

- Eleva a credibilidade da instituição junto à população no que diz respeito à sua preocupação com a segurança do paciente e com a qualidade do atendimento;
- Proporciona um ambiente de trabalho seguro e eficiente, que contribui para a satisfação dos profissionais;

² Optamos, neste momento, em manter literalmente o termo paciente utilizado pela consultoria, diferentemente da nomenclatura adotada pelo SUS, que trabalha com **usuário**. Se, nos serviços de saúde, paciente é aquele que sofre, conceito reformulado historicamente para aquele que se submete, passivamente, sem criticar o tratamento recomendado, prefere-se usar o termo usuário, mais abrangente, pois implica em capacidade contratual, poder de decisão e equilíbrio de direitos (REDE HUMANIZA SUS, 2015).

- Cria novos mecanismos de negociação junto às fontes pagadoras, com base em dados relativos à melhoria e garantia da qualidade do cuidado;
- Cria novos mecanismos para ouvir as demandas de pacientes e seus familiares, respeitando os seus direitos e criando com eles uma parceria na melhoria do processo de cuidado;
- Permite introduzir uma cultura de segurança baseada no aprendizado com a análise dos relatórios periódicos sobre eventos adversos e outras questões de segurança; e
- Estabelece um estilo de liderança colaborativa que define prioridades e uma liderança contínua que prima pela qualidade e segurança do paciente em todos os níveis (JCI, 2014).

A exemplo das demais metodologias de certificação, avaliação e/ou premiações de gestão em saúde, podemos inferir que esta proposta preconiza o comprometimento dos trabalhadores e apresenta o sucesso do sistema como resultante de um processo coletivo plenamente disseminado, que deve ser abraçado por todos os envolvidos, em todos os níveis da instituição (SILVEIRA, 2010). No entanto notamos, no presente resgate da história desta discussão, que não há menção a políticas e padrões de qualidade direcionados à saúde do trabalhador que executará estes processos. Da mesma forma que os estudos relacionados à implantação de programas de qualidade “[...] proporcionam visibilidade ao contexto mercantil no qual a saúde está inserida, entretanto mostram pouco sobre seu impacto no cotidiano e nos modos de trabalhar.” (WEBER; GRISCI, 2010, p. 54).

Associando o discurso da qualidade ao mercado financeiro, Gaulejac (2007) aponta que a partir do momento em que a lógica financeira assume o comando sobre a lógica de produção, as relações de poder na empresa se modificam. Para o autor, essa transformação do capitalismo favorece um processo de generalizado de desterritorialização do poder, posto que o lugar da atividade concreta está desligado dos lugares de tomada de decisão, com “[...] uma pressão do número e dos instrumentos de medida, em detrimento de uma reflexão sobre os processos, os modos de organização e os problemas humanos” (GAULEJAC, 2007, p. 42) envolvidos no trabalho, o que o autor denominará de “quantofrenia”, ou, doença da medida:

A doença da medida não é nova. [...] Ela repousa sobre a crença de que a objetividade consiste em traduzir a realidade em termos matemáticos. O cálculo dá a ilusão de domínio sobre o mundo. Os “calculocratas” preferem a ilusão de garantia, em vez de uma realidade cheia de incertezas, que dá medo (GAULEJAC, 2007, p.97).

O principal risco advindo desta postura é procurar compreender o que é mensurável, em vez de utilizar a medida como fonte de melhor compreensão da realidade (SILVEIRA, 2010). Evidentemente, manter uma posição reflexiva é fundamental no cenário da saúde. Desta forma, com Silveira (2010, p. 128) entendemos que “[...] os números devem nos indicar, e não determinar de forma absoluta as direções a serem seguidas: a busca por alcançar metas não pode suplantiar a qualidade assistencial”:

Neste contexto, a função de um indicador é apenas indicar. Sua análise não pode, nem deve ser realizada sem interpretação, sem levar em conta os aspectos subjetivos acerca de suas indicações. Temos aqui um embate entre a objetividade da matemática e subjetividade das ciências humanas. Um número ou índice só pode ser indicativo de qualidade de vida e bem-estar, ou de um sintoma enunciado, se atrelado à análise. Não uma análise baseada em parâmetros prefixados, como o estabelecido pelas metas, com seus limites inferiores e superiores. Mas parâmetros que permitam reflexão e interpretação crítica dos dados da realidade (SILVEIRA, 2010, p.128).

Considerando esta proposta, evitamos que a qualidade do trabalho passe a ser considerada a partir da rentabilidade que ele oferece, que se encontre atrelada à condição de evidência objetiva. Isto é, que a determinação de medidas indiquem a qualidade e desempenho do trabalho. Evitamos ainda, que a quantificação passe a se confundir com a qualificação da atividade (SILVEIRA, 2010).

Atrelamos ainda, à discussão de que tratamos, uma possível distorção do sentido do trabalho como consequência destes modelos de gestão. No cenário da saúde, isso é agravado pela introdução de novas tecnologias, sejam elas no campo dos equipamentos, informação ou gestão (SILVEIRA, 2010).

Seligmann-Silva (2013) fala de uma ameaça no sentido do trabalho em saúde, tendo em vista tais mudanças, encontradas tanto na iniciativa privada quanto em setores públicos. Com a autora afirmamos que o trabalho em saúde está associado com valores sociais e éticos de grande alcance (vida, alívio do sofrimento, recuperação da saúde) e, nesse sentido, o elevado significado do trabalho é tradicionalmente favorecedor do fortalecimento de identidade. No entanto, as

mudanças organizacionais e técnicas as quais estamos discutindo trouxeram, para grande número de profissionais sobrecargas de trabalho e perda de reconhecimento profissional, o que explica o a multiplicação dos casos de *burnout* e depressão associadas a esta síndrome (SELIGMANN-SILVA, 2013).

Discursos aprimorados, propostas de inovação *versus* fantasias quanto ao futuro e incertezas em relação ao desempenho profissional. No caso dos trabalhadores reabilitados, imaginamos que estes atravessamentos se deem de forma intensa, verticalizada, pois:

Quando os dispositivos de avaliação e de reconhecimento estão desligados dos valores e do sentido que os agentes atribuem a sua atividade, entramos em uma crise da simbolização. [...] o acaso se torna o fator chave do sucesso e não a atividade real do indivíduo. E daí um sentimento de incoerência, que o indivíduo enfrenta solitariamente (GAULEJAC, 2007, p. 156).

No programa de qualidade, o sentido do trabalho é construído a partir de um modelo ideal e não a partir da realidade concreta. A qualidade é definida a partir de indicadores pré-estabelecidos, e não a partir de critérios reais que os agentes utilizam para definir a qualidade daquilo que eles fazem - os únicos critérios que lhes são verdadeiramente significativos (GAULEJAC, 2007).

Nesta linha, apontamos que boa parte dos manuais que servem de base para a implantação de um programa de qualidade apresentam uma linguagem pouco acessível e, por vezes, destituída de sentido claro (SILVEIRA, 2010). Concordamos com a autora de que isso reforça a possibilidade de “[...] favorecer a repetição vazia de termos aprendidos – não necessariamente apreendidos – o que distancia os sujeitos da apropriação de conhecimento específico.” (SILVEIRA, 2010, p. 126). Neste caso, a prescrição de formação é construída sobre uma visão aparentemente abstrata de mudança (é preciso se modernizar), enquanto sabemos que o sentido do trabalho, para o trabalhador, é construído em cima de uma experiência concreta da atividade (GAULEJAC, 2011).

Atentamos ainda ao fato de que esta discussão crítica não perpassa a formação dos profissionais em saúde - independente do nível de qualificação a que possamos nos referir. Isso significa que à formação técnica e clínica destes profissionais (nos quais nos incluímos) vêm se atravessando outras fontes de conhecimento, as quais impactam diretamente as primeiras (SILVEIRA, 2010).

Assim, a assimilação das práticas gestonárias no campo da saúde constitui-se realidade irrefutável e incide no cotidiano de todos os profissionais, de modo que alguns aspectos são inerentes aos sistemas de gestão da qualidade e exigem dos profissionais uma sensível adaptação às mudanças impostas pelas instituições (SILVEIRA, 2010). No entanto, insistimos, este processo não se dá sem efeitos aos trabalhadores:

O primeiro impacto a ser indicado trata da imposição de uma linguagem desconhecida, marcada por termos muito próprios, que denominamos neste estudo por “idioma da qualidade”. Esta linguagem causa estranhamento aos profissionais dos quais é exigida a absorção de termos, cujo sentido não lhes é claro. O segundo impacto a ser evidenciado, diz respeito à adoção de ferramentas de gerenciamento, associadas à esfera da administração, que certamente não correspondem ao universo de formação de médicos, psicólogos, enfermeiros, nutricionistas, técnicos etc. Mas, da mesma forma, passam a ser uma exigência institucional. Já o terceiro aspecto refere-se à introdução de uma lógica de trabalho pautada na ideologia e no poder gerencialista expressos pela cultura da rentabilidade, da racionalização instrumental e da medida como fonte de controle da realidade (SILVEIRA, 2010, p.79).

Para ampliarmos o presente argumento, sugerimos novamente Gaulejac (2011), que vem investigando sobre modos de gestão no serviço público, em especial na oportunidade em que resgata ensaios sobre a Nova Gestão Pública (nomenclatura que sociólogos franceses vêm pesquisando recentemente). Esta nada mais é senão uma governança diretamente importada da iniciativa privada das multinacionais e que vem sendo transportada para a gestão das instituições públicas e do Estado sob o pretexto de modernização, com técnicas cujos pressupostos teóricos, geralmente não são explicitados. As mudanças organizacionais vivenciadas nos serviços de saúde – insistimos: tanto na iniciativa privada quanto no setor público, definitivamente vêm absorvendo uma lógica produtivista (SELIGMANN-SILVA, 2013).

Os estudos realizados por Gaulejac em sua obra alertam para o fato de que as práticas gerencialistas (tais quais algumas que viemos apontando) mobilizam a adesão dos sujeitos pela via da identificação, direcionando a energia libidinal para o trabalho (GAULEJAC, 2007). Neste contexto, a “[...] empresa propõe um ideal comum que deve tornar-se o ideal dos empregados.” (GAULEJAC, 2007, p.115). Assim, se a tônica de uma instituição hospitalar é a excelência, se o objetivo expresso é ser “número 1”, as pressões exercidas para tal serão da ordem de uma

identificação com um projeto conjunto - ainda que não proposto coletivamente, que visa ao sucesso (SILVEIRA, 2010). A proposta então é a de adesão a um projeto permeado pela competitividade, posicionamento no mercado, incremento de rentabilidade, reconhecimento externo e, sobretudo, à cultura do desempenho.

Apontamos, com Bottega (2014), que a relação entre o sujeito e a organização do trabalho é fator central de análise como determinante do sofrimento mental. Por força da atual configuração da organização do trabalho, o trabalhador tende a um processo doloroso de confronto com seus colegas e consigo mesmo, “[...] relegando sua condição de trabalho a um plano escondido, recalcado e silencioso.” (BOTTEGA, 2014, p. 246). Supomos que a dor - no caso de trabalhadores reabilitados portadores de lesões - transcende o incômodo físico ocasionado pela patologia, intensificando-se nas relações subjetivas que se travam neste cenário.

Para Silveira (2010) o cerne da gestão da qualidade evoca um ideal sem limites, que passa da posição de um objetivo a ser alcançado para se tornar uma norma a ser aplicada. A norma então é o ideal, a excelência, a expansão ilimitada, a melhoria contínua, representando ainda, por outro lado, “[...] o controle dos riscos, a supressão das falhas, dos desvios, da imperfeição.” (SILVEIRA, 2010, p. 125).

Apesar dos aspectos contraditórios e ambivalentes que coexistem, há na instituição a construção de um imaginário calcado neste ideal de perfeição (SILVEIRA, 2010). E se o que se distancia da excelência é vivenciado como fracasso, perguntamo-nos: o que pode, neste contexto, o corpo imperfeito, lesionado, amputado?

Sabemos que, por um lado, é fundamental a oferta de melhores condições de assistência à saúde e à preservação da vida, mas entendemos que por outro, a lógica que carrega este movimento lança os sujeitos a uma posição frequente de defasagem e necessidade de adaptação (SILVEIRA, 2010). Da mesma forma, a preocupação pela objetividade é fundamental. Mas colocar a realidade em uma equação jamais permitirá compreender o comportamento dos homens e a história das organizações (GAULEJAC, 2007).

Partindo do pressuposto de que o trabalho é “[...] dimensão essencial e caracterizadora dos seres humanos” (SELIGMANN-SILVA, 2013, p.1054), sempre

que houver impedimento de que ele assuma este significado, e, especialmente, se este impedimento perdurar, a saúde mental estará ameaçada. Pode então a gestão gerencialista contribuir aos quadros de adoecimento e afastamento das atividades? Como isso se apresentaria no retorno ao trabalho?

É neste cenário, na relação entre prazer, sofrimento e adoecimento que buscamos, na construção de uma pesquisa, tecer possibilidades, tomando como sujeitos aqueles trabalhadores que após episódios de afastamento por doença ocupacional ou clínica e participação no programa de reabilitação profissional retornam com restrições às atividades laborais.

3 DA LEGISLAÇÃO EM REABILITAÇÃO PROFISSIONAL À VIVÊNCIA DO AFASTAMENTO

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

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

A prática da reabilitação profissional está historicamente ligada aos sistemas previdenciários como resposta pública à questão da incapacidade (TAKAHASHI et al., 2010). Para os autores, em seus primórdios, os programas de reabilitação profissional, na perspectiva do então modelo hegemônico denominado “Estado de Bem-estar Social”³, reservavam o papel estratégico de regulação econômica no sentido de reduzir o tempo de duração da concessão de benefícios por incapacidade, no intuito de restabelecer o mais rápido possível a condição de contribuinte. Produziam ainda o efeito de eliminar ou reduzir as desvantagens das pessoas com incapacidades, possibilitando o retorno ao trabalho (MOOM; GEICKER, 1998 apud TAKAHASHI et al., 2010).

No Brasil, os programas de reabilitação profissional foram consolidados no final dos anos de 1960 (TAKAHASHI et al., 2010). Para os autores, três

³ Modelo de organização política e econômica que coloca o Estado como agente da promoção (protetor e defensor) social e organizador da economia. Nesta orientação, o Estado é o agente regulamentador de toda vida e saúde social, política e econômica do país em parceria com sindicatos e empresas privadas, em níveis diferentes. Um Estado assistencial que garante padrões mínimos de educação, saúde, habitação, renda e seguridade social a todos os cidadãos, cujos serviços assistenciais são de caráter público e reconhecidos como direitos dos cidadãos (CANCIAN, 2007).

acontecimentos são destacados como marcos desta consolidação: “[...] a estatização do SAT (Seguro do Acidente de Trabalho), a obrigatoriedade legal da prestação destes serviços e o estabelecimento de uma fonte permanente de custeio” (HENNINGTON, 1996 apud TAKAHASHI et al., 2010, p.101).

Os anos de 1970 e 1980 foram de construção e ápice do modelo de atenção no âmbito da Previdência Social, concentrando o maior volume de recursos da instituição: recursos financeiros, relativos a equipamentos e de equipes multiprofissionais, com pessoal técnico com maior faixa salarial (FERREIRA, 1985 apud TAKAHASHI et al., 2010).

Nos anos 1990, com a adoção por parte do governo brasileiro das ideias neoliberais, sob a égide de um ideário de ajustes macroeconômicos e de reordenação do papel do Estado, que atingiram principalmente os programas sociais, houve mudanças significativas das práticas de reabilitação profissional da Previdência Social (TAKAHASHI et al., 2010). As principais mudanças foram o desmonte dos Centros de Reabilitação Profissional (CRPs) e dos Núcleos de Reabilitação Profissional (NRPs) do INSS (Instituto Nacional do Seguro Social), a desmobilização das equipes e a supressão das atividades terapêuticas (TAKAHASHI, 2006).

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

O regulamento da lei previdenciária menciona alguns procedimentos, incluindo a avaliação do potencial laborativo, a orientação e o acompanhamento da programação profissional, a articulação com a comunidade com vistas ao reingresso no mercado do trabalho e o acompanhamento e a pesquisa da fixação no mercado de trabalho, preferencialmente por uma equipe multiprofissional (MAENO; VILELA, 2010). A mesma legislação isenta a Previdência Social da manutenção do segurado

no mesmo emprego ou da sua colocação em outro para o qual for reabilitado, deixando claro que o processo de reabilitação profissional cessa com a emissão de um certificado que indique a função para a qual o reabilitando foi capacitado profissionalmente (BRASIL, 1999).

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

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

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

Em consonância com as mudanças nos programas de reabilitação profissional, a redução do modelo previdenciário de reabilitação profissional repercutiu no atendimento dos serviços de Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde (SUS). A desassistência atual aos trabalhadores - no que diz respeito à reabilitação, leva à necessidade médica de prolongamento da prescrição de afastamento do trabalho pela permanência da incapacitação, quando não ocorrem as altas precoces pela perícia médica do INSS, que não considera as questões de prevenção (TAKAHASHI et al., 2010), implicando no aumento do grau de desvantagem dos trabalhadores acidentados e adoecidos por ocasião do retorno ao trabalho - fator diretamente associado à nossa investigação.

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

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

O retorno ao trabalho se faz, então, atravessado por estas vivências, particularizadas, confrontadas com os arranjos da organização que já não são mais os mesmos. Compondo equipes que não mais se constituem do mesmo modo e em relações e vínculos de trabalho que se fragilizaram face ao fomento dos modelos individualistas de gestão no trabalho, somados ainda ao longo período de afastamento do universo laboral.

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

O percurso de retorno ao trabalho, a sua vez, é cercado por burocracias e dificuldades ao trabalhador, tensionadas pela dicotomia Organização *versus* Estado, em seus jogos de poder. A exemplo temos a batalha supracitada, em que o INSS - instituição em constante embate interno e que muito pouco se mostra resolutiva por uma série de entraves históricos e políticos, direciona cada vez mais à empresa, por sua vez, identificada como responsável pelo adoecimento, o encargo em solucionar o impasse, o quanto antes possível, desonerando o Estado no pagamento do auxílio

previdenciário. Neste jogo de forças o trabalhador muito pouco consegue intervir, assistindo passivamente a manipulação de seu corpo, de sua história, e de seu futuro, pautada por interesses que poucas vezes incluem a sua saúde, muito embora a legislação do SUS incentive seu protagonismo (BRASIL, 2005).

4 UM PROBLEMA DE PESQUISA, OU UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Ainda que inúmeras pesquisas e intervenções sejam realizadas visando a melhoria da produtividade e gestão de pessoas com vistas a resultados (tradição da Psicologia Organizacional), Lancman (2004, p.31) aponta que são poucas aquelas que se preocupam com

[...] o conteúdo simbólico do trabalho, com seus aspectos invisíveis, com as relações subjetivas do trabalhador com sua atividade, com o sofrimento e o desgaste gerado pelo trabalho e com seus efeitos sobre a saúde física e mental dos sujeitos.

Sentimo-nos, a partir da prática profissional, convocados a dirigir nosso olhar aos trabalhadores desviantes à gestão organizacional dos resultados, quando de seu retorno ao trabalho após afastamento e reabilitação profissional.

Frente a esta demanda, e após uma busca de referências e abordagens próximas ao tema, constatamos que importantes pesquisas problematizam a reabilitação profissional e a vivência do afastamento das atividades laborais, muitas delas citadas como aporte teórico desta proposta. Destacamos as publicações da Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, volume 35, de 2010, inteiramente dedicada à produção multidisciplinar que se tem sobre o tema, intitulada “Incapacidade, Reabilitação Profissional e Saúde do Trabalhador”, e a dissertação de mestrado da psicóloga Márcia Ziebell Ramos (2005), cujo título é “Trabalho, subjetividade e reabilitação profissional: por uma genealogia dos modos de vida”, realizada com trabalhadores hospitalares tal qual propomos.

Em que pese a forte influência deste material nesta produção, pouco encontramos na literatura ensaios e pesquisas que dirijam seu foco para o retorno ao trabalho após períodos longos de afastamento; e nenhuma investigação com esta característica e trabalhadores da área da saúde foi encontrada nos bancos de dados nacionais. Nesse sentido, nossa investigação é marcada por um ‘lançar-se’ - atravessada pelos campos da psicologia do trabalho, sociologia, ergonomia - ao estudo deste público, e se propõe, de um modo cuidadoso e cauteloso, a suscitar discussões na escuta e aproximação destes sujeitos.

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

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

Desdobrando a proposta metodológica da Psicodinâmica do Trabalho, a singularidade desta pesquisa nos convoca a aproximações teóricas com correntes francesas contemporâneas em Clínicas do Trabalho, fazendo o uso da teoria e do método baseados no que foi originalmente proposto por Dejours, a sua vez pressupondo a indissociabilidade entre a pesquisa e ação, e convocando os trabalhadores em uma posição ativa de construção de dispositivos e estratégias para o retorno ao trabalho com restrições. Explorando a dimensão estética da criação, acompanhando processos singulares, discutindo coletivamente alternativas, socializando experiências supostamente individuais e promovendo encontros potentes, com vistas ao fortalecimento destes trabalhadores frente aos discursos de produtividade e velocidade supostamente inquestionáveis que perpassam a reinserção laboral.

Problematizando as vivências de sofrimento e ruptura decorrentes do adoecimento e afastamento, pretendemos, no momento de retorno ao trabalho,

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

Para tal, na intenção de acionar coletivamente esta produção, trazemos Regina Benevides de Barros (1994) para compor nosso projeto de intervenção, que nos auxilia com a sua proposta de grupos-dispositivos:

Se tomarmos o grupo como dispositivo, acionamos nele sua capacidade de se transformar, se desterritorializar, irromper em devires que nos descolocuem do lugar intimista e privatista em que fomos colocados como indivíduos. O contato com a multiplicidade pode então fazer emergir um território existencial não mais da ordem do individual, mas da ordem de um coletivo (BARROS, 1994, p.152).

Para a autora (1997), o que caracteriza um dispositivo é justamente a sua capacidade de invasão naquilo que se encontra bloqueado de criar, o seu teor de liberdade em se desfazer dos códigos e explicações que dão a tudo o mesmo sentido: “O dispositivo tensiona, movimenta, desloca para outro lugar, provoca outros agenciamentos. Ele é feito de conexões e ao mesmo tempo produz outras, nunca obedientes a um plano determinado.” (BARROS, 1997, p.189). Fazendo uso do grupo como dispositivo cria-se um espaço novo de escuta e experimentação para os trabalhadores que retornam às atividades ainda engessados e individualizados em suas vivências.

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

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

Reunimos, então, funcionários de diversas áreas do trabalho hospitalar que tenham retornado às atividades laborais após período de afastamento e ingresso no programa de reabilitação profissional. Tendo em vista os altos índices de absenteísmo que permeiam o trabalho na saúde, optamos em delimitar a intervenção com profissionais associados ao programa, analisando também, neste caso, dos atravessamentos políticos que, suspeitamos, são componentes importantes ao longo deste processo.

Para esta proposta de intervenção foi fundamental que tivéssemos o aporte teórico fornecido pelas Clínicas do Trabalho, que frente à exacerbação da crise do trabalho contemporâneo, busca, em diferentes abordagens, acompanhar percursos de trabalhadores em seu sofrimento, estratégias de ação e inventividade. Para Bendassolli e Soboll (2010) compreende-se por 'clínicas do trabalho' um conjunto de teorias que como foco estudam a relação entre trabalho e subjetividade. Em que pese sua diversidade epistemológica, teórica e metodológica, o objeto comum destas teorias “[...] é a *situação* do trabalho, que, em síntese, compreende a relação entre o *sujeito*, de um lado, e o *trabalho* e o *meio*, de outro.” (BENDASSOLLI; SOBOLL, 2010, p. 3, grifo dos autores).

A concepção de clínica que permeia nossa intervenção é a escolhida por Amador (2011, p.360), quando a autora toma o empreendimento clínico como “[...] afirmação do que está em vias de diferir, como ativação de possibilidades de vida no trabalho, como dispositivo para operações de criação frente aos poderes subjetivantes que o atravessam.”

Criar. Resistir ativamente. Promover um processo de crítica que gere novos modos de existência, desnaturalizando práticas e modos de habitar o lugar de trabalhador reabilitado.

Clínica então não se restringe mais ao espaço de dois, clínica então transborda, transita por caminhos não delimitados, não planejados em sua totalidade. Clínica da invenção, das possibilidades, clínica de inovações micropolíticas, que não se pretende enquanto espelho institucional, mas que se deixa levar e reinventar por suas brechas, ali, no momento, entre seus protagonistas e maiores desafiadores. Um exercício contínuo de descontinuidades e descobertas, entendendo, com Schwartz (2011, p. 139), que o coletivo nunca está dado em sua composição, posto que se mostra “[...] indefinidamente variável no tempo, no espaço, infinitamente mais instável do que as interações previstas pelos protocolos, pelos organogramas.”

Apostamos também, com Clot (2010b), em um conceito de saúde que supera a dicotomia ‘saúde x doença’, entendendo-a enquanto a possibilidade de transformação da doença em um novo meio de existir, de apropriação desta última e não oposição. Para o autor, saúde não é o esquecimento da doença, “[...] mas o acesso dessa a outra função na vida do sujeito” (CLOT, 2010b, p.113), para que outros usos dela possam ser feitos:

A saúde tem a ver com a recriação de situações, com desenvolvimentos inesperados e devires imagináveis; tem a ver ainda com a possibilidade de recriar o real do trabalho e com auto-iniciativa. Nesse sentido, trabalhar é afirmar-se, colocando-se até mesmo contra a atividade corrente com o intuito de ir além dela, recriando-a (BENDASSOLLI, 2011, p. 86).

Apostamos em um sujeito trabalhador que não é considerado mero executor de tarefas pré-determinadas, nem vítima de um processo de subordinação (FONSECA; BARROS, 2010, p. 110), ou adoecimento totalizante em sua paralisação, mas um participante ativo do processo de trabalho, “[...] “instituinto escolhas e modos de fazer que se diferenciam das normas prescritas.”

Pensar em uma intervenção coletiva é também oportunidade de se construir pontos de referência singulares, passageiros, que se afirmam na diferença, ao invés de se reduzirem a perspectivas e derrotas individuais. E se o corpo já não se mostra mais absolutamente dócil, encontrando-se também limitado, é preciso escapar de

outras capturas no retorno ao trabalho: são muitos os discursos que permeiam os sujeitos que se colocaram como espectadores de um universo de forças que supostamente não lhes pertence mais. Há que se resgatar desvios e criar novos enlaces, novos trajetos, não horizontais, tampouco verticais. Apostamos nas relações de trabalho solidárias, que se dispõem a discutir as normas, processos e institucionalizações. Um movimento de romper com perspectivas dualistas, abrindo fluxos transversais, pois

Toda a configuração da atividade humana, e notoriamente a de trabalho, é sempre, certamente, um desenrolar de protocolo normalizado, mas também um encontro, uma combinatória sempre parcialmente renovada, uma interface sempre parcialmente resingularizada entre os meios técnicos, objetos técnicos e humanos no trabalho (SCHWARTZ, 2011, p.139)

Então tratamos de uma composição: são normas, prescrições, encontros, limitações, desencontros, sujeitos e trajetórias, todos confrontados com vazios à espera de novas inscrições, novas sugestões, outras inserções. De uma vivência solitária buscaremos inscrições heterogêneas, afirmativas e resistentes.

Entendemos que a costura de uma proposta de intervenção no coletivo de trabalhadores aqui é tecida com contribuições que ultrapassam pressupostos teóricos absolutos. Pautada em uma escuta singular e institucional, precisa ser pensada em relação ao momento histórico a que se propõe, entendendo, a partir da experiência de acompanhamentos individuais, a necessidade de fomentar espaços coletivos de discussão, por uma política de engajamento, por uma ética que, com Nardi e Silva (2009), desnaturalize as imposições colocadas nestas relações de trabalho que se bem se dá entre corpos fragilizados, não necessariamente precisa implicar em modelos de sofrimento que não têm encontrado linhas de fuga para além de repetições do mesmo. Por uma experiência de trabalho (AMADOR; BARROS, 2011), e de retorno ao trabalho, como oportunidade para invenção de modos de existir e produzir, afirmando a potência instituinte de toda atividade laboral.

5 DIRECIONANDO O OLHAR, OU DOS OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer e investigar as experiências do retorno ao trabalho e as implicações na produção de subjetividade em trabalhadores da área hospitalar que retomam suas atividades após participação em programa de reabilitação profissional.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a)** Mapear as experiências de retorno ao trabalho no hospital após afastamento das atividades e participação no Programa de Reabilitação Profissional;
- b)** Entender das possibilidades e dificuldades vivenciadas por estes trabalhadores ao retomar as atividades;
- c)** Identificar as experiências geradoras de prazer e sofrimento no cotidiano de reingresso ao trabalho no hospital;
- d)** Visualizar estratégias de invenção de vida/saúde produzidas por estes trabalhadores quando deste retorno.

6 INCURSÕES METODOLÓGICAS

Como sustentar com rigor metodológico investigações que operam no plano das intensidades? De outra forma, não se trata de levantar dados objetivos e analisá-los meramente como tais, e tampouco da cisão teoria-prática, sujeito-objeto, pesquisador-pesquisado, mas de debruçarmo-nos sobre a complexidade da vida humana, quais as estratégias metodológicas que podem dar conta da pluralidade, mutabilidade desta estética da existência? (PAULON; ROMAGNOLI, 2010, p. 90).

Nossa investigação se propôs a discutir das nuances do retorno ao trabalho a partir da metodologia denominada 'pesquisa-intervenção' (ROCHA; AGUIAR, 2003; PAULON; ROMAGNOLI, 2010; PASSOS; BARROS, 2000; PAULON, 2005): "[...] pesquisa implicada, pesquisa-inclinação que produz desvios sobre o campo investigado, pesquisa que não dissocia objeto investigado e sujeito que investiga, sujeito da/na investigação: pesquisa-intervenção." (PAULON; ROMAGNOLI, 2010, p. 95).

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

Na pesquisa-intervenção o que nos interessa são os movimentos, metamorfoses, não a partir de um único ponto de origem, tampouco buscando um alvo a ser atingido, mas sobretudo como um processo de diferenciação (PASSOS; BARROS, 2000). O seu processo de formulação aprofunda a ruptura com os enfoques tradicionais da pesquisa e amplia as bases teórico-metodológicas das pesquisas participativas, "[...] enquanto proposta de atuação transformadora da realidade sócio-política, já que propõe uma intervenção de ordem micropolítica na experiência social." (ROCHA; AGUIAR, 2003, p. 67).

A corrente da Análise Institucional Socioanalítica, desenvolvida em meados de 1960/1970 na França, e que ganha adeptos na América Latina na década de 80 possibilitará a formulação da pesquisa-intervenção com a perspectiva de interrogar os múltiplos sentidos cristalizados nas instituições (ROCHA; AGUIAR, 2003), pois

Como prática desnaturalizadora, o que inclui a própria instituição da análise e da pesquisa, as estratégias de intervenção terão como alvo a rede de poder e o jogo de interesses que se fazem presentes no campo da investigação, colocando em análise os efeitos das práticas no cotidiano institucional, desconstruindo territórios e facultando a criação de novas práticas (ROCHA; AGUIAR, 2003, p. 71).

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

Para este fim, resgatamos, agora com Rocha e Aguiar (2003), da proposta de metodologias coletivas que favoreçam as discussões e a produção cooperativa, com a perspectiva de fragilizar as hierarquias burocráticas e divisões em especialidades que fragmentam o cotidiano e isolam os profissionais. Para as autoras, a pesquisa-intervenção, por sua ação crítica e implicativa, “[...] amplia as condições de um trabalho compartilhado” (ROCHA; AGUIAR, 2003, p. 71). Também Dejours (2004b) defende que através da criação de espaços de discussão mobiliza-se a coragem de se arriscar, criando um ambiente propício para confronto, dando visibilidade a aspectos até então ignorados de trabalho, construindo outras formas de resolução.

Pensar a pesquisa-intervenção, atrelada a processos de subjetivação e desterritorialização que conduzam ao novo, leva-nos à necessidade de nos desvencilarmos das concepções disjuntivas e reducionistas que incorrem, substancialmente, a generalizações das experiências humanas, ao contrário do nosso compromisso, este de singularizar, no coletivo.

Nessa linha, Fonseca (2009, p.10) nos auxilia propondo um movimento de dessacralização da ciência em relação ao seu estatuto de verdade, (re)lançando-a à “[...] processualidade que a tornou possível, [e que] se mostra como produção encarnada e efeito de certos *regimes de poder*, podendo colocar-se a seu serviço ou a eles resistir para a criação de novos caminhos” (grifo do autor), resgatando, nesta mesma produção, Foucault (2003, p.339) na proposta de uma

Ruptura das evidências sobre as quais se apoiam nosso saber, nossos conceitos, nossas práticas [...]. Consiste em reencontrar as conexões, os encontros, os apoios, os bloqueios, os jogos de força, as estratégias, etc. que, em dado momento, formaram o que, em seguida funcionará como evidência, universalidade, necessidade

reforçando-nos no entendimento de que é no resgate de espaços coletivos que movimentos se tornam possíveis.

Em investigação realizada com trabalhadores hospitalares no Rio Grande do Sul (BIANCHESSI; TITTONI, 2009, p. 985) a pesquisa-intervenção, enquanto prática transformadora, pode propiciar agenciamentos múltiplos no grupo, tornando mais viável a capacidade para efetivar as transformações necessárias nas relações de trabalho, gerando novos sentidos, buscando outros modos de subjetivação, “[...] modos esses não tão marcadamente caracterizados pela dominação/submissão, mas na busca da condição de protagonista, podendo experimentar-se na ordem da invenção.”

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

É preciso partir de análises das situações de trabalho não para buscar uma forma ideal de trabalhar, mas para analisar os processos que estão em curso e construir, coletivamente, outras/novas formas de organização do trabalho.

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

7 DA PESQUISA PROPRIAMENTE DITA

7.1 DO CAMPO DE INVESTIGAÇÃO

Integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação e vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), o Hospital de Clínicas de Porto Alegre nasce em 1970 com a missão de oferecer serviços assistenciais à comunidade gaúcha, ser área de ensino para a Universidade e promover a realização de pesquisas científicas e tecnológicas (HCPA, 2014). A integração com diferentes unidades de ensino da UFRGS amplia-se e se consolida ano após ano, com a abertura de novos espaços para a atuação de docentes, acadêmicos e pesquisadores.

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

Quadro 1 – Estrutura do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

continua

Área física construída Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA): 128.339,36 m ²
Área física construída Unidade Álvaro Alvim (UAA): 10.617,96 m ²
Capacidade Instalada/operacional: 845 leitos
Unidades de Internação HCPA: 652 leitos
Centro de Pesquisa Clínica: 9 leitos
Unidades de Internação UAA: 50 leitos
Centros de Tratamento Intensivo: 87 leitos
Emergência: 47 leitos
Leitos de apoio: 99 leitos
Centros Cirúrgicos: 35 salas
Ambulatórios I e II: 121 consultórios
Ambulatório Unidade Álvaro Alvim: 9 consultórios
Outras áreas de atendimento ambulatorial: 63 consultórios

conclusão

Emergência: 14 consultórios
Casa de Apoio: 54 vagas
Creche: 240 vagas
Recreação: 8 salas
Auditório: 10 salas
Anfiteatro: 2 salas
Salas de aula: 33 salas
Academia de ginástica: 599 vagas

Fonte: HCPA (2014)

Dentre outros programas, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre desenvolve, para seus trabalhadores, o Programa da Reabilitação Profissional. Iniciado em 2002 (HCPA/UFRGS, 2005), tem por objetivo proporcionar, aos trabalhadores afastados por adoecimento e com restrições para o desempenho da função de origem, o retorno ao trabalho. Estes trabalhadores são encaminhados pelo INSS para a reabilitação profissional, passando, no Hospital, pela avaliação de uma equipe multidisciplinar composta por profissionais da Coordenadoria de Gestão de Pessoas, Serviço de Medicina Ocupacional, Serviço de Psicologia e Serviço Social.

Durante este processo, são identificados os potenciais, os conhecimentos, as experiências profissionais e a história de trabalho, assim como a capacidade laborativa do trabalhador, considerando suas restrições, as atividades a serem exercidas e o local de trabalho para tal. Esta avaliação conta com o apoio das chefias, que auxiliam na análise das possibilidades para melhor reabilitação profissional do trabalhador (HCPA-UFRGS, 2014b). Além disso, a equipe multidisciplinar realiza um acompanhamento especializado durante a reabilitação profissional do funcionário, orientando chefias e funcionários em meio a este período.

Ao longo destes 12 anos de programa foram reabilitados 133⁴ trabalhadores de diferentes cargos, em diversas áreas do hospital, a exemplo de técnicos de enfermagem, auxiliares de higienização, atendentes de nutrição, técnicos em laboratório e enfermeiros, dentre outros. Estes números, se pensados em relação ao total de funcionários (cerca de 6000), representam um percentual de 2,21% da

⁴ Dados relativos a dezembro de 2014.

força de trabalho institucional, em áreas direta ou indiretamente associadas à assistência.

Levando em consideração este cenário, nossa investigação propôs um olhar direcionado a estes trabalhadores, independente do tempo em que já estejam realocados, no sentido de escutá-los em relação a esta vivência, provocando estranhamentos, propiciando um espaço de discussão e problematização e produção do lugar ora ocupado.

O projeto de pesquisa foi encaminhando para análise do Comitê de Pesquisas e Ética do hospital em questão (GPPG/HCPA) e foi aprovado sob o registro nº 14-0317 (Nº CAEE 32400714100005327).

7.2 DA INTERVENÇÃO

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

No total, foram realizados oito encontros, com variação entre 4 e 14 participantes, em um total de 20 trabalhadoras, todas mulheres, que se propuseram, em algum momento, a contribuir com nossa investigação. Elas exercem diferentes funções e pertencem a distintas áreas de trabalho no hospital, e todas participaram de programa de reabilitação profissional do INSS e HCPA. Atualmente estão desenvolvendo suas atividades seja em sua área de origem, ou em novo posto de trabalho.

Desde o início, em comum acordo com as trabalhadoras, os grupos tiveram variação de participantes, não havendo necessariamente de manter os mesmos, ou o mesmo número de sujeitos ao longo dos encontros, posto que o trabalho na instituição hospitalar é regido por modalidades especiais de turnos e plantões. Sendo o foco da investigação a relação dos trabalhadores com o processo de trabalho, as substituições ocasionais não prejudicam o andamento da pesquisa (DEJOURS, 1992).

As reuniões ocorreram em um local identificado com o trabalho destas profissionais, na própria instituição, em horário fora de seu expediente laboral. Antecipadamente, as trabalhadoras, assim como os demais trabalhadores reabilitados do hospital, foram convidados a participar do grupo, a partir da divulgação da pesquisa e seus objetivos, junto a diferentes setores do hospital em questão. A divulgação foi feita pessoalmente pela pesquisadora, com autorização do comitê de ética em pesquisa da instituição.

As reuniões foram gravadas para análise e transcrição com o objetivo de não perder acontecimentos significativos do grupo. O grupo foi coordenado pela pesquisadora, e teve a participação de uma segunda pessoa como observadora, entendendo que a observação se mostra fundamental para auxiliar a pesquisadora a traçar as linhas dos movimentos que se deram no grupo, mostrando os desvios, as reações e interações entre os protagonistas da pesquisa – trabalhadores e pesquisadores (DEJOURS, 1992).

Os encontros tiveram a duração prevista de, no máximo, 1 hora e 30 minutos, com periodicidade semanal. Realizaram-se em dois turnos, pela manhã e pela tarde, no sentido de ofertar melhores possibilidades de participação das trabalhadoras, em que a jornada laboral não fosse prejudicada.

O primeiro encontro em cada turno foi destinado ao desenvolvimento das combinações para realização da pesquisa, dando especial atenção ao esclarecimento dos objetivos, com a leitura, compreensão e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), modo de funcionamento do grupo - tempo de cada encontro, presença, assiduidade - sigilo quanto às informações e material produzido pelo grupo, ademais do compromisso com a produção e devolução dos resultados por parte da pesquisadora. Já nestes momentos, construções importantes se deram, e serão apontadas, nos resultados, junto às demais produções realizadas coletivamente.

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

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

Os eixos de análise, singulares e vivenciais como toda a investigação, foram se produzindo ao longo da intervenção, a partir dos objetivos propostos, no debate com as trabalhadoras, discussões e orientações acadêmicas. As Clínicas do Trabalho e seus interlocutores foram empregados na compreensão dos movimentos produzidos pelos trabalhadores na vivência do retorno ao trabalho e na construção de estratégias e invenções adotadas no cotidiano do trabalho no hospital.

Em que pese o entendimento de construção contínua da proposta de intervenção, acordamos que após o término da pesquisa será realizada reunião com as trabalhadoras envolvidos para apresentação e discussão dos resultados. Este movimento leva em consideração a formalização do momento de devolução se constituir em espaço importante de participação e apropriação por parte de todas as trabalhadoras envolvidos nas produções efetuadas ao longo do processo.

8 DOS RESULTADOS

8.1 DAS PARTICIPANTES

Antecipamos do quanto diferentes trajetórias profissionais se encontraram ao longo da realização dos grupos, conforme ilustra o quadro de participantes, com idade das trabalhadoras, postos iniciais e de reabilitação profissional.

Quadro 2 – Participantes da pesquisa

PARTICIPANTES	IDADE	CARGO INICIAL	REABILITAÇÃO
1	51	Profissional de lavanderia	Seção de controle e identificação
2	40	Profissional de higienização	Profissional de higienização** ⁵
3	55	Auxiliar administrativo	Auxiliar administrativo**
4	51	Atendente de nutrição	Seção de controle e identificação
5	47	Profissional de higienização	Seção de controle e identificação
6	61	Profissional de higienização	Seção de controle e identificação
7	47	Profissional de higienização	Profissional de higienização
8	47	Profissional de higienização	Seção de controle e identificação
9	47	Auxiliar de enfermagem	Auxiliar de enfermagem**
10	49	Atendente de nutrição	Seção de controle e identificação
11	53	Atendente de nutrição	Serviço de recepção e informação
12	46	Profissional de higienização	Profissional de higienização
13	42	Auxiliar de enfermagem	Seção de seleção
14	54	Profissional de higienização	Profissional de higienização
15	56	Profissional de higienização	Seção de controle e identificação
16	45	Profissional de higienização	Profissional de higienização
17	60	Auxiliar de enfermagem	Auxiliar de enfermagem**
18	54	Atendente de nutrição	Seção de controle e identificação
19	41	Profissional de higienização	Profissional de higienização
20	33	Profissional de higienização	Profissional de higienização

Fonte: Elaborado pela autora (2014)

⁵ Trabalhadoras reabilitadas na mesma função, mas em outro espaço de trabalho.

A partir do plano de cargos e salários da instituição, inferimos que 80% das participantes da pesquisa ocupam cargos de ensino fundamental e 20% a cargos de ensino médio e/ou técnico. 55% das participantes são oriundas da higienização, posto de trabalho com fortes exigências físicas e que, por conta disso, ocasiona diversos afastamentos para tratamento das lesões por esforços repetitivos.

Analisando inicialmente os dados, verificamos que 50% das trabalhadoras foram reabilitadas na mesma função/cargo. Os cargos assinalados com asterisco apontam que as trabalhadoras, embora tenham sido reabilitadas na mesma função, tiveram a oportunidade de desempenhar suas atividades em novo local de trabalho, considerando as restrições médicas, em áreas cujo processo de trabalho e público atendido não as exponham às limitações propostas pela perícia médica. Isso significa que 30% das trabalhadoras que participaram da pesquisa e foram reabilitadas na mesma função/cargo, exercendo as mesmas atividades no espaço de trabalho de origem. Todas elas são da higienização e tiveram seu afastamento ocasionado por lesões físicas. Destas 6 trabalhadoras, 2 se afastaram do trabalho em seguida à realização dos grupos, em auxílio-doença, junto ao INSS.

Os 50% restantes correspondem às trabalhadoras que foram reabilitadas em outros postos de trabalho, que não os originais admitidos. Elas desempenham funções que respeitam suas restrições médicas, ademais da manutenção dos vencimentos salariais e nível técnico exigido, posto que em nenhum caso estes podem ser alterados, dado o ingresso via concurso público e a previsão orçamentária de pagamento de folha dos trabalhadores do hospital.

As trabalhadoras que compuseram os grupos vivem momentos diferentes também em relação ao retorno às atividades. Duas delas passaram por mais de uma vez pelo programa de reabilitação profissional, com ingresso em diferentes unidades laborais nestas ocasiões. Parte já bastante estabilizada no novo local de trabalho, algumas compartilharam do recente reingresso, suas expectativas e ansiedades. A seguir apresentamos um quadro que ilustra tal diversidade⁶.

⁶ Dados com base em dezembro/2014.

Quadro 3 – Vínculo institucional e no Programa de Reabilitação Profissional

PARTICIPANTES	VÍNCULO COM A INSTITUIÇÃO		TEMPO REAB		TEMPO 2ª REAB	
	anos	meses	anos	meses	anos	meses
1	20	0	10	8	4	2
2	13	5	9	1	4	5
3	32	9	1	9		
4	23	11	7	8		
5	19	6	8	9		
6	17	11	13	8		
7	17	5	2	0		
8	17	7	3	5		
9	16	8	4	5		
10	15	10	7	8		
11	14	9	0	4		
12	14	7	2	8		
13	13	0	0	6		
14	11	5	1	7		
15	11	11	8	5		
16	12	0	1	0		
17	11	4	7	0		
18	10	11	5	7		
19	3	11	0	3		
20	3	6	1	1		

Fonte: Elaborado pela autora (2014)

Muitas participantes não se conheciam, ainda que trabalhando há anos na instituição. Insistimos na apresentação de cada nova trabalhadora que passava a integrar as discussões, que em média, contaram com a participação de seis a oito profissionais reabilitadas em cada encontro.

De toda a forma, a realização dos grupos foi marcada pela intensidade dos encontros. Olhares surpresos, assustados, curiosos, mas sobretudo, implicados, marcaram as discussões em todas as suas edições. O compartilhamento e a compreensão foram marcas importantes das construções coletivas que se deram, muitas vezes, também pautadas pela emoção.

Considerando os objetivos desta investigação, importantes produções se fizeram ao longo dos encontros, sobre as quais discutiremos, a partir de eixos

norteadores que se destacaram, formando linhas de encontros na singularidade de cada história de vida e trabalho compartilhada.

8.2 DOS ENCONTROS E REENCONTROS – O RETORNO ÀS ATIVIDADES

Cabe então à psicologia e aos psicólogos do trabalho propor métodos de pesquisa e intervenção em que os trabalhadores cujo trabalho está em foco sejam os protagonistas da análise e os autores da transformação. (OSÓRIO DA SILVA, 2014, p.82).

Após exaustivas jornadas que permeiam os tratamentos médicos, consultas, exames, perícias e demais burocracias associadas ao afastamento do trabalho, o retorno às atividades é ansiosamente aguardado por grande parte dos trabalhadores. Mesmo que o estado de saúde não esteja totalmente recuperado, é comum que os trabalhadores solicitem alta pericial, comportamento corroborado na fala de uma trabalhadora: *“Até eu pedi pra mim voltar a trabalhar porque eu preciso trabalhar, não estou em casa porque quero.”*

“Mas é assim ó, é um serviço que tu conhece todo mundo, tu caminha, tu não fica ali parada, tu tá em atividade, e é um serviço bom, eu gosto do meu serviço. Eu gosto muito de trabalhar aqui, era o meu sonho trabalhar aqui.”⁷

O afastamento das atividades carrega consigo incertezas associadas aos provimentos da seguridade social, diminuição dos rendimentos mensais e temores associados à demissão. Os prejuízos de ordem psicossocial, se assim podemos chamar, mostram-se da mesma forma, prejudiciais à saúde mental destes trabalhadores, posto que ademais de afastados de um espaço de importante reconhecimento social, há uma fragilização e afastamento de importantes redes de apoio, amizade, parceria e valorização do trabalho. Quando afastados do trabalho, imersos em discursos ‘de fora’ a respeito de sua saúde e seu corpo, muitos

⁷ Optamos, em consonância com a metodologia proposta e com as discussões trazidas em grupo, que as falas não teriam as trabalhadoras individualmente identificadas, sobretudo por se tratarem de discursos produzidos coletivamente, ativados naquele momento, resgatados pela pesquisadora, mas que dizem dos encontros deste lugar de trabalhador reabilitado.

trabalhadores se sentem aprisionados a seus próprios diagnósticos, como se o retorno às atividades se associasse a uma garantia de libertação em relação estas afirmativas, momento no qual finalmente se recuperará a autonomia e o cuidado de si.

Em nossos encontros, comumente escutamos da expectativa de que o retorno ao trabalho se desse em outra área e atividades, com o desejo de reingressar em uma nova oportunidade de trabalho que não expusesse o trabalhador novamente às possíveis lesões outrora já adquiridas. No entanto, ao discutirmos a respeito deste tema, entendemos que se trata de algo muito maior: retornar à mesma área de atuação, ademais da exposição a lesões físicas, coloca os trabalhadores em uma posição de permanente confrontação às suas limitações e restrições laborais.

Não obstante, as trabalhadoras trazem do dilema ético entre saber daquilo que não se pode mais fazer, mas entender - no cenário de urgência sempre característico de um hospital, que sua falta pode acarretar em danos severos ao funcionamento de uma equipe de saúde, bem como em julgamento por parte dos colegas e chefia:

Claro, às vezes numa emergência, numa coisa né, eu não vou 'ah, eu não vou porque eu sou reabilitada, eu não posso tocar num balde nem num pano' não, numa hora de emergência a gente se submete né. Todo mundo junta ali e tu vai ficar só olhando, fica até uma coisa chata. E a gente mesmo começa a se retrair e se sentir mal nessa situação, porque às vezes tu quer dar tudo de ti sabe, e tu não pode.

[...] é que eu tenho essas restrições que me deram, mas a gente não tá fazendo só isso, sempre tem mais alguma coisa que pedem, e a gente acaba não dizendo não pra não achar 'ah, mas também, ela não quer trabalhar', e não é isso.

Isso que ela falou de tentar fazer o que eu chamo da Lei da Compensação e da Recompensação, da "compensação" porque a gente quer fazer, e da "recompensação" porque a gente quer que as chefias vejam que tu tá tentando fazer.

A Lei da Compensação e da Recompensação, elaborada em poesia nas palavras de uma auxiliar de higienização diz do paradoxo que as trabalhadoras que retornam ao mesmo posto vivenciam na jornada de trabalho. Independente do tempo em já que estejam reabilitadas. O esforço físico e a história de anos de

trabalho muitas vezes se fazem invisíveis diante da demanda exigente de trabalho cotidiana.

A Lei da Compensação e Recompensação. Eu acho que invisibilidade na acepção do termo invisível. É invisível. Infelizmente, às vezes, até com a convivência da nossa própria chefia, porque elas poderiam dizer, poderiam marcar isso. [...] Aí eu tenho que me defender perante uns quantos, e já fica maculada a imagem. Toda a vida justificando, toda hora tem que. A colega sugeriu que no nosso crachá, uma colega nossa, no nosso crachá tinha que ter "reabilitado", tinha que estar escrito.

A marca da diferença no crachá. Seria esta uma alternativa que tornaria visível e, portanto, respeitada, uma história de trabalho que em determinado momento se mostra limitada em relação a condições de exercício? Entendemos que tal possibilidade exige ser problematizada. Devem ser produzidos outros dispositivos de reconhecimento do trabalho e respeito às restrições, considerando, acima de tudo, que estes trabalhadores não querem se reduzir à condição de reabilitado como definidora de uma atuação profissional.

Eis a potência de um grupo como dispositivo. Estar em grupo (PASSOS, 2009), é como se lançar em uma linha de fuga para além de dualismos, estratificações, para além das medidas-padrão, para além. Nessa experiência, ao longo dos encontros e produções o grupo deixou de ser apenas um conjunto de pessoas reunidas a partir de representações internas que cada um constrói sobre o outro, experimentando um 'para além', uma conexão de virtualidades existenciais (PASSOS, 2009).

Insistentemente, ao longo dos encontros, foi construído um posicionamento afirmativo em relação ao lugar de trabalhador hospitalar, acima de postos específicos ou condições laborativas. Pensar no trabalho no contexto hospitalar é constatar que a análise teórica se mostra insuficiente, e, inspirados em Silva (1998, p. 28), afirmamos que é necessária a instauração de "[...] condições para que os trabalhadores [...] possam falar de sua própria vida, por sua própria conta." Para além de discursos acadêmicos, científicos e de produção. A este exercício nos propusemos.

É evidente que um corpo lesionado, com limitações, não gera a mesma força de trabalho e a produção que um trabalhador em plenas condições físicas é capaz de fazer. O equívoco está na tentativa de considerar o primeiro em relação ao segundo em uma aproximação descabida de condições e possibilidades. Uma das

alternativas, nesse sentido, é de fato buscar a reabilitação profissional em novo cargo ou posto de trabalho, no qual não sejam evidenciadas as limitações, mas por outro lado, resgatadas e potencializadas habilidades e aprendizagens.

Tal discussão gerou uma série de desdobramentos e polêmicas ao longo dos encontros, levando em conta as limitações que se tem, no serviço público, em relação à mobilidade entre cargos e faixas salariais, posto que nenhum trabalhador pode retornar à instituição com seu salário alterado. Em que pese a tentativa de se adequar o trabalhador a postos que não coloquem em risco sua integridade física e mental, muitos foram os casos de trabalhadoras que voltaram às áreas de origem com restrições, principalmente pela limitação acima apontada:

A questão da reabilitação na mesma área, pra mim, foi... é dia a dia, assim, diariamente, bem complicado, porque os colegas não têm uma interpretação que nem a gente tem quando vem aqui, um esclarecimento sobre aquilo ali. Então assim, por mais que tu te dê bem pra fazer a política da boa vizinhança, em algum momento, assim, vai acontecer de alguém falar alguma coisa assim "Ah, ela tá cansada, mas por que ela tá sempre cansada se ela não faz nada?", esse tipo de coisa "Ah, aparentemente bem gorda e bem forte, mas não pode fazer nada", tu entende?

O retorno à mesma área, na fala das trabalhadoras, carrega consigo preconceitos, julgamentos, uma conotação de derrota, em relação a si e ao grupo que as recebe. Mas ao provocarmos desdobramentos, entendemos que esse rechaço diz também de uma tentativa coletiva das equipes e demais trabalhadores de elaboração em relação ao adoecimento, como se negando-o, ou diminuindo-o, ele possa se mostrar mais distante de quem se vê diante desta ameaça, da possibilidade de também passar a padecê-lo, e, então, fracassar.

Esta dinâmica é trabalhada por Dejours (2007) ao conceitualizar as “estratégias coletivas de defesa”. Em seus estudos clínicos da psicologia do trabalho, o autor aponta que a par dos mecanismos de defesa classicamente descritos pela psicanálise, existem defesas empregadas pelos trabalhadores coletivamente, marcadas sobretudo pelas pressões reais do trabalho.

Decorre também deste movimento a aprovação geral da tentativa de inserção em novos espaços, mesmo com as dificuldades de aprendizagem e adaptação que podem advir:

O mês passado eu voltei novamente em uma outra função como equipe de apoio. Tô bem, eu tô gostando, tá muito bom. Fui muito bem recebida pelas colegas, eu tinha muito medo [...] Das nossas, das minhas, das nossas [dificuldades] também né, e a gente tinha medo de não ser recebida bem. Aquela coisa, sabe, que a gente não sabe, aquela expectativa que a gente tem quando volta. [...] Eu fui muito bem recebida pelas colegas, pelas antigas colegas, elas vieram abraçar a gente "que bom que tu voltou", com algumas exceções, mas isso não vem ao caso. E eu tô muito feliz de estar ali, eu tô conseguindo fazer as coisas, eu tô coseguindo, eu tô aprendendo.

[...] a gente sabe fazer outras coisas, e sabe fazer muito bem feito. Inclusive, a avaliação que eu tive agora no final do mês que eu fui reabilitada, muito boa a minha avaliação. Não é querer me elogiar, eu me botar lá em cima, mas tá muito bom. E eu digo isso querendo ajudar vocês, porque a gente tá na Nutrição, a gente tá na Higienização, vocês Mensageiros, a gente não só sabe fazer aquilo ali, a gente sabe fazer outras coisas, e sabe fazer muito bem...

Temos uma pista. Apostar nas potencialidades, nas tentativas, nas possibilidades, mais do que evidenciar as restrições ou diagnósticos. Resgatar, sobretudo, o protagonismo destes sujeitos pela via do trabalho, independente do cargo ou área de ocupação.

O grupo então, aqui se oferece como “[...] oportunidade para extração de partículas das formas já constituídas, apontando para a emergência de outras formas.” (PASSOS, 2009, p. 15). Com outras formas seremos capazes de construir outras posturas:

[...] se estamos de acordo com o fato de que os recortes binarizantes e excludentes operados pelos paradigmas das ciências, construídos nos últimos séculos, já não bastam para que possamos investigar/criar o mundo, impõe-se a construção de outra postura, um modo de operar sobre/com as práticas (PASSOS; BENEVIDES DE BARROS, 2003, p.83).

8.3 DAS DIFICULDADES, OU DAQUILO QUE PERSISTE

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

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

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

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

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

A pausa do adoecimento se faz (re)ver de forma intensa no retorno ao trabalho. De um posicionamento passivo ante a seguridade social e médica, precisam emergir sujeitos, ainda fragilizados, como protagonistas, capazes de se reintegrar também a um modelo de mercado que vem se modificando com o passar do tempo:

Eu fiquei 1 ano e meio afastada, e aí em 2005 eu fui reabilitada. E, ah, no começo foi difícil também, porque eu só sabia fazer higienização, eu não sabia fazer nada diferente. Aí eu tive que ser bem ensinada [...] até porque eu tomei muito remédio que deixou minha cabeça muito confusa.

Eu tô no Hospital desde 2002. Eu me afastei eu tinha 8 anos de Hospital, fiquei 3 anos fora esperando uma vaga em outra área. Nunca aconteceu, então eu voltei pra mesma área. Tô reabilitada vai fazer 1 ano.

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

Eu não sei, eu posso falar por mim. Eu acho que, às vezes, de certa forma, a gente ser reabilitado a gente é tratado com preconceito até pelos próprios colegas da gente. Isso não é bom, entendeu? Porque a gente não tá reabilitado porque quer, a gente não procurou a doença porque quis, foi uma coisa que no decorrer do trabalho ela acabou acontecendo.

E se chegou a esse ponto de um médico, um perito do INSS, pedir a nossa reabilitação, é porque realmente a gente não tinha mais essa condição. Só que tem muitos lugares onde a reabilitação, realmente, não é respeitada. Além de tu sofrer esse tipo de preconceito dos teus colegas, aí até a tua própria chefia não respeita isso. Eu vejo que é uma dificuldade muito grande

que eles têm de lidar com esse tipo de problema. Eu procuro dar o melhor de mim.

Então assim, eu vejo que existe muito preconceito em relação ao funcionário reabilitado. Parece, assim, que tu não rende, tu não produz a mesma coisa que o outro.

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

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

Contribuição – retribuição. “Lei da Compensação e Recompensação”.

Essa retribuição, ou recompensação pode passar, eventualmente, por premiações de ordem financeira, salarial, etc. No entanto, sabemos que, apesar da importância destes reconhecimentos, o verdadeiro impacto psicológico está ligado a uma dimensão simbólica: “Este é o verdadeiro reconhecimento qualitativo pelo serviço prestado. As pessoas trabalham por este reconhecimento” (MERLO, 2014, p. 18).

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

Em uma primeira instância, em geral, a comunidade reconhece muito mais o valor e a excelência do trabalho do Hospital de Clínicas que seus próprios funcionários; em um segundo momento, as equipes às quais se presta serviço, internamente, reconhecem mais da importância das atividades exercidas que os próprios pares, que tendem a diminuir o seu significado. Seria esta uma fragilização

consequente dos incentivos à competição que a gestão contemporânea nos convoca?

- *O desrespeito vem de dentro.*
- *É*
- *E o respeito vem de fora.*
- *É verdade.*

A atividade do trabalho é complexa, disso não abrimos mão. Ela envolve não apenas a execução técnica e operacional de regras e procedimentos, mas também uma diversidade de habilidades e competências demandadas pelas situações laborais (AMAZARRAY; CÂMARA; CARLOTTO, 2014), ademais de um universo de relações hierárquicas e burocráticas, em se tratando do trabalho no hospital.

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

O meu primeiro dia que eu fui sozinha, pra tu ter uma ideia eu ainda não tinha pegado nada, eu levei 2 horas e meia pra fazer o trabalho, aquele trabalho que era em 1 hora. Mas por quê? Porque da maneira que a pessoa foi me acompanhando, que me acompanhava, que a gente chamava de sombra, que, no caso, eu era a sombra, então isso eu senti muito. Mas aí na primeira semana, na outra semana eu já comecei a fazer sozinha. Quando eu me libertei, onde eu comecei a fazer tudo. Claro, tu erra, tu volta na unidade, sai numa porta e vem na outra, mas tu volta, e aí, a partir daí, eu não tive mais problema, porque daí eu comecei a fazer tudo sozinha, aí se tinha uma dúvida tu perguntava pros colegas. Então eu, na minha realocação, foi o que eu senti no início foi que me chocou muito né, mas com o tempo tu faz e aí passou [...] Ela quando foi realocada eu acompanhei, eu acho que tu tem que ter paciência pra essas pessoas porque nem sempre, não é que tu não queira, é muita informação ao mesmo tempo. Então isso aí eu senti falta no início.

Cientes dos modos em que a gestão vem sendo pensada e conduzida nos ambientes hospitalares, podemos inferir das dificuldades que tais práticas encontram para se constituir. Temas como sobrecarga de trabalho, rotinas assoberbadas, competição entre pares, perpassaram todas as discussões nos grupos, e nos ajudam a problematizar dos entraves que se formam, dificultando relações de cooperação. Dejours (2004c) aponta que a cooperação refere-se, sobretudo, à vontade das pessoas de trabalharem juntas e de superarem coletivamente as contradições que surgem da própria natureza ou da essência da organização do

trabalho. Para haver cooperação é preciso troca, paridade, confiança. E para isso, apostamos, é necessário um espaço para o coletivo construir discursivamente.

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

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

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

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

Não podemos, contudo, prosseguir nossa discussão sem lançar um olhar à gestão de pessoas, tema que direta ou indiretamente atravessou nossos encontros, por onde passaram muitas das limitações compartilhadas, e ao mesmo tempo, linhas de fuga e possibilidade. Através dos relatos pudemos perceber do quanto a variabilidade das condutas entre chefias e demais agentes de supervisão se mostra diretamente relacionada aos modos como a equipe trabalha, e o próprio funcionário reabilitado, com esta condição:

E dentro da própria supervisão elas... como é que é... eu não sei se elas sabem, ou elas se fazem que não sabem, elas não respeitam as restrições que a gente tem. Elas fazem tipo um testezinho assim.

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

Muitos detalhes passam despercebidos por parte das chefias que não tenham experiência, ou sequer conhecimento do significado do programa de reabilitação profissional. Em nossos encontros apontamos que para estas, e na verdade para todas as chefias que recebam funcionários reabilitados, ademais de esclarecimentos pertinentes a questões legais e jurídicas poderia ser oferecido um momento de discussão a despeito dos demais atravessamentos que perpassam a reinserção do trabalhador reabilitado.

- *Mas é que geralmente quem tem teoria não tem prática, né? Quem faz essas coisas, assim...*
- *A teoria é muito bonita, mas na prática...*
- *Teoricamente tudo é muito bonito e tudo funciona, mas agora, na prática, assim, é bem diferente que as coisas acontecem.*

Mas é o tipo da coisa, como eu tava dizendo, é a má administração, porque se a chefia, principalmente os nossos supervisores, entrassem nas áreas, tivessem conhecimento... Porque elas sabem quem trabalha e quem não trabalha.

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

É paradoxal ter de atender a um programa do Estado (no caso, o da reabilitação), em uma instituição que pertence ao mesmo Estado e na qual ele mesmo oferece dificuldades à sua execução:

Só que, o que que acontece, aqui o hospital ele tem tradição de anos de achar que faz parte que um profissional que vai pra reabilitação e que vem reabilitado não presta. Vem só pra atrapalhar o andamento serviço. E daí tu já entra com isso...

Uma linha construída nas discussões sugere direcionar um olhar mais qualificado às lideranças nas equipes, que, pressionadas se vêem confusas em muitas conduções. Imaginamos que muitas das dúvidas inerentes ao programa também a elas caibam esclarecimentos.

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

Eu acho que o pessoal todo, enfim, não é nem de ser reabilitado não, o pessoal tá muito descontente com as coisas que vem ocorrendo né, com essa administração do hospital no momento. É muita cobrança, pouca valorização do ser humano, a gente trabalha na área da saúde a gente não tem nem um pingão de valorização. Eu não acho que porque eles tem esse programa de reabilitação interna dos funcionários que acho que eles são 100% [...].

Nos grupos tratamos de nos implicarmos nestas discussões, na busca de efetivas contribuições acerca dos efeitos destes modelos de gestão no cotidiano dos trabalhadores. Para além do sofrimento - evidente nas falas e na condição de reabilitado, problematizamos sobre como este tipo de administração se faz ver nas relações de trabalho e do quanto cada trabalhador, para além do cargo ocupado, transmite e repete eventuais modalidades de violência – algumas evidenciadas nos próprios encontros.

Na tentativa de construir alternativas à sobrecarga de trabalho, por exemplo. Algumas profissionais defendem que, para os profissionais reabilitados, a diminuição da jornada de trabalho reduziria bastante o esgotamento físico que jornadas longas propiciam; no entanto, outras colocam que neste contexto se sentiriam privilegiadas

em relação aos demais colegas, e que a reabilitação não pode passar por privações, mas tampouco privilégios.

A partir disso pensamos em alternativas relacionadas à distribuição da carga horária, tomando como exemplo relatos de funcionárias que conseguiram se organizar, nos pequenos grupos de suas equipes. Não sem dificuldades, pudemos nos escutar e pensar, em relação a possibilidades e limites relativos às especificidades das áreas de trabalho.

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

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

8.4 DAS POSSIBILIDADES, OU DAQUILO QUE RESISTE

Bom, em primeiro lugar que eu gosto de estar aqui, gosto de trabalhar aqui. Acho que a instituição em momento nenhum ela tem culpa por nada que aconteça conosco entendeu. Isso foi coisas que a gente adquiriu em torno do nosso trabalho, o que acontece em qualquer empresa em qualquer lugar. Eu gosto de estar aqui, porque na verdade aqui é mais a tua casa do que propriamente a tua própria casa, tu também tem pessoas que tu agrega como se fossem da tua família aqui.

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

Sabemos que o fato de estar inserido em uma empresa não é garantia de segurança em relação à manutenção da empregabilidade. O cenário do trabalho, em constante transformação, convoca os trabalhadores, especialmente estes, após

longo período de pausa, ao confronto com diferenças em relação ao funcionamento do hospital.

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

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

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

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

Sim. Pessoas com quem tu pode compartilhar os teus problemas, que são psicólogos, são às vezes mães, são amigas, são irmãs então assim isso te dá um alento. E tu ficar em casa [...] Tu tá em casa tu tá tu tem que tá ali, mas tu sabe que tem determinadas tarefas, ou tu vai meter a mão e tu vai te arrebrantar, ou se tu tá aqui às vezes tu acha que aqui é bem menos. Tu vai aproveitar mais o teu tempo, tu vai ser útil de alguma forma, às vezes na tua própria casa tu não pode fazer nada. Tu tem limitações e tu tem que respeitar elas. Eu não posso mais faxinar minha casa, não posso mais limpar um banheiro...

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

Aqui resgatamos do quanto o trabalho tem duplo caráter: se, por um lado, é dispêndio de força motriz, desgaste, consumo de energia, por outro, o trabalho humano é intencional, tem produção de conteúdo significativo para quem o exerce (ARAÚJO et al., 2002). Dessa maneira, a atividade ganha sentido se o ser humano

consegue se reconhecer no conteúdo da tarefa que realiza, e o trabalho no hospital, aqui se mostra uma temática relevante:

- *E na creche⁸, porque quem vai lá pra creche é outra situação também, porque é um lugar assim... Claro, tu tá no meio do verde, tu tá respirando um ar mais leve, tu tá num lugar mais tranquilo, não tem aquele vuco vuco, aquela coisa toda. Tu vê constantemente o sol brilhar, tu vê os pássaros cantar, tu vê uma coisa que é diferente que não parece ser da instituição. Tu te sente isolada, longe, tu tá num lugar diferente que, às vezes, nem a gente mesmo consegue se identificar onde que tá.*
- *É verdade, a creche é diferente.*
- *É ruim, eu já trabalhei lá na creche e eu sei como que é.*
- *Mas quando tu trabalha em áreas fechadas também, tu te sente assim também.*

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

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

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

O reconhecimento em relação ao trabalho hospitalar, associado nos grupos ao cuidado contínuo, urgente e complexo, também convoca as trabalhadoras a uma responsabilidade em relação ao funcionamento da instituição em geral, quando por

⁸ O HCPA/POA tem uma creche para educação dos filhos das funcionárias da instituição, em prédio anexo e próximo ao hospital.

vezes colocam sua dor em segundo plano, frente à demanda do paciente, que em última análise é sempre trazido como beneficiário primordial nas ações de trabalho:

E até hoje, eu vou fazer 4 anos, eu nunca faço coisa da minha cabeça, se eu tenho alguma dificuldade em relação a um exame, alguma coisa, eu ligo pra eles que estão há mais tempo. Se eles não podem me auxiliar, eu ligo pro Laboratório. Eu sempre disse, eu sempre vou fazer as coisas com segurança, pensando não em mim, mas no paciente, em pegar e enviar aquilo ali pro lugar adequado, sabendo se aquilo ali tá certo ou não, pra não causar problema, e principalmente pra não atrasar, né, de forma correta, o exame que o paciente tem.

E então o reconhecimento é maior do que a dor.

9 DAS CONSTRUÇÕES POSSÍVEIS

A construção desta intervenção vem se dando ao longo de dois anos. Como trabalhadora da mesma instituição, o desafio maior tem sido justamente este exercício de propor possibilidades. Ao lado, com, e não sobre, ou para. Convocados desde um lugar de saber, somos sempre chamados a olhar e encaminhar situações entendidas como problemáticas.

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

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

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

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

Compartilho com Silva (1998) do quanto os encontros com trabalhadores hospitalares seguem gerando indagações:

Do ponto de vista destes sujeitos, quais são os encontros felizes e os acontecimentos desejados? Destes, quais tem encontrado condições de possibilidade? Quais as invisibilidades sobre as quais podemos e devemos lançar focos de luz? (SILVA, 1998, p. 33).

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

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

- [...] outra coisa que eu queria falar, não é porque a gente é da nutrição e é da higienização e administrativo que a gente não sabe contribuir, isso eu digo com todas as letras, porque a gente sabe. O que a gente quer a gente faz.

- Todo mundo tem capacidade.

- Porque a gente tem que dar oportunidade pra gente, isso é importante. A gente trabalha numa outra situação, com uma outra visão, e isso é importante, a gente pode contribuir [...]

- Reabilitado não quer dizer que tu seja inútil.

- Sim, é verdade.

[vozes simultâneas]

- Mas a gente pode desenvolver um trabalho bom, direito [...]

- Com certeza.

A agitação e a simultaneidade de vozes sempre foram marcas dos momentos de afirmação. Com alegria, sorrisos - estas características sempre associadas ao trabalho. Trabalho como afirmação, trabalho como superação.

Grupo como encontro, como desencontro, grupo como construção, como afirmação. Grupo como intervenção.

9.1 DA PRODUÇÃO DE INTERVENÇÕES, OU DE ALGUNS ENCAMINHAMENTOS

De modo que cuidar do trabalho é transformar a organização do trabalho. Essa é uma forma de abordagem de ação. Criar situações e encontrar técnicas nas quais se transformem os trabalhadores em sujeitos da situação, fazendo-os protagonistas da transformação. Eles é que são os autores da transformação e não os especialistas (CLOT, 2010, p. 222).

Ao longo dos encontros produzimos protagonistas, e então pudemos produzir ideias, alternativas, possibilidades. Produzimos reflexão, desnaturalizamos.

Em consonância com os pressupostos metodológicos da pesquisa-intervenção, não visamos à mudança imediata da ação instituída, posto que aprendemos que a mudança é consequência da produção de uma outra relação entre teoria e prática, assim como sujeito e objeto (ROCHA; AGUIAR, 2003). Nesse sentido, apontamos, com as mesmas autoras, que não há o que ser revelado, ou descoberto, ou ainda interpretado de um modo isolado, mas, sobretudo, criado.

Em nossos encontros criamos, inventamos, ousamos. Colocamos em análise os efeitos das práticas no cotidiano institucional. Desconstruímos territórios, facultamos a criação de novas práticas e de novos modos de pensar.

Exercício delicado, desgastante, sobretudo em meio ao ambiente hospitalar de soluções e verdades. Ali é tentador responder no lugar da resolutividade, na busca por respostas e prognósticos. Propusemo-nos, ao contrário, a uma nova ordem de produção do conhecimento:

Assim, das visões totalizadoras e das utopias passamos às ações que remetem às estratégias de análise das formas constituídas, evidenciando seu caráter fluido, polêmico, que flexibilizam divisões tradicionais, cujas práticas sociais, as experiências, são pontos de criação de sentido e não reflexo de uma realidade que está em outro lugar (ROCHA; AGUIAR, 2003, p. 71).

Algumas pistas puderam ser construídas coletivamente. Uma delas consiste em proposta, já encaminhada à equipe do Programa de Reabilitação Profissional/HCPA, da realização de encontros em grupo periódicos, mas não sistemáticos, com os trabalhadores reabilitados. Grupos afirmativos - e não de apoio - aos trabalhadores, estes que resistem à própria vitimização.

Grupos em que, continuamente, sejam discutidas alternativas e invenções que possam acompanhar trajetórias profissionais desviantes, valorizando-as na sua singularidade e as inserindo nos contextos engessados do trabalho hospitalar, dos padrões de qualidade, dos novos modelos de gestão.

Neste cenário apostamos também em um trabalho que possa ser desenvolvido junto às chefias de unidades e serviços do hospital. Ao longo dos encontros pudemos problematizar do quanto estes profissionais repetem expectativas relacionadas padrões de desempenho sem quaisquer apropriações a respeito das condições de seus trabalhadores, ou ainda, a respeito do funcionamento do programa de reabilitação profissional. Em última análise, muito pouco se discute junto às lideranças dos efeitos de longos períodos de afastamento das atividades laborais, e se aqui tratamos da reabilitação profissional como analisador, temos de pensar nos inúmeros casos de trabalhadores que não são beneficiados pelo programa, e ao retornar às atividades, vivem experiências muito semelhantes.

E então estes movimentos passam a ser transdisciplinares: podem contar com a participação dos trabalhadores reabilitados ou não, chefias, equipe do Serviço de Medicina Ocupacional, e quem mais desejar ativar estas discussões fundamentais nos ambientes de trabalho, dada a realidade das organizações que acompanhamos ao longo desta escrita. Uma proposta para

Tomar, enfim, em análise, os funcionamentos e seus efeitos, experimentar ao invés de conjecturar, ocupar-se dos maquinismos que insistem na produção de outros modos de existência, esquecer-se de si e de sua história e encontrar-se na criação [...] (PASSOS; BARROS, 2000, p, 78).

Encontros críticos, criativos, de abertura à diferença, à singularidade. Uma singularidade que não busca adaptação: busca composição.

9.2 DAQUILO QUE NÃO SE ENCERRA

Finalizar esta escrita tem se mostrado uma tarefa delicada. Dentre tantas possibilidades aqui ventiladas, tantas dificuldades contornadas, pontuar alguma

referência de finitude delimita a marcação do tempo, de um tempo, de uma etapa que se encerra.

O exercício ao qual nos lançamos, no entanto, não se finda. Ao resgatarmos os objetivos desta pesquisa-intervenção somos capazes de reconhecer os movimentos que foram possíveis ao longo deste período.

Daquelas vozes escutadas individualmente no consultório, produções coletivas se fizeram ver, ouvir, falar. De tanto nos repetirmos, algo de diferente pode ser pensado ao longo dos encontros.

Aproximamo-nos e investigamos, sentimos, experienciamos as vivências do retorno ao trabalho e algumas implicações na produção de subjetividade em um grupo singular de trabalhadoras. Mapeamos as durezas de ocupar determinados espaços, desenhamos alternativas para produzir sentido.

Inventamos fluxos, não nos contentamos com as possibilidades. Trabalhamos sobre as impossibilidades, com as impossibilidades. A partir delas amadurecemos nossas discussões ao longo dos encontros, e o espaço de queixas foi se contornando em um espaço de criação. De implicação. De potência.

O Programa de Reabilitação Profissional se tornou um dispositivo de análise em relação ao trabalho contemporâneo. Então não fomentamos um nicho de discussão pela segregação, ao contrário, a partir das condições de cada trabalhadora, e daquilo que pudemos coletivamente construir, instalamos histórias possíveis. Histórias de autoria e protagonismo.

Histórias de vida que ainda estão em processo de invenção. Histórias de resgate, de resistência. De sofrimentos e prazeres possíveis, em movimento.

Outras perspectivas, novos encadeamentos. Efeitos que seguem nos acompanhando na proposta pela continuidade destes encontros: pela intensidade que eles produziram e ainda são capazes de produzir no cotidiano do trabalho hospitalar, que se bem segue se mostrando engessado, tem como base a aposta na vida, nos encontros potentes, na escuta e invenção.

REFERÊNCIAS

AMADOR, Fernanda Spanier. Produção de imagens, subjetivação e trabalho penitenciário: uma contribuição às clínicas do trabalho. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 31, n. 2, p. 358-373, 2011.

_____; BARROS, Maria Elizabeth Barros de. Cartas a Foucault: em que estamos em vias de nos tornar em meio ao trabalho no contemporâneo? **Mnemosine**, v. 7, n. 2, p. 17-31, 2011.

_____; FONSECA, Tania Mara Galli. Atividade: O trabalho sob o signo do inacabamento. In: ROSEMBERG, D. S.; RONCHI FILHO, J.; BARROS, M. E. B. de. **Trabalho docente e poder de agir: clínica da atividade, devires e análises**. Vitória: Edufes, 2011.

AMAZARRAY, Mayte Raya; CÂMARA, Sheila Gonçalves; CARLOTTO, Mary Sandra. Investigação em saúde mental MP âmbito da saúde pública no Brasil. In: MERLO, Álvaro Roberto Crespo; BOTTEGA, Carla Garcia; PEREZ, Karine Vanessa (Orgs). **Atenção à saúde mental do trabalhador: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho**. Porto Alegre: Evangraf, 2014.

ARAUJO, Maristela Dalbello de et al. Formas de produzir saúde no trabalho hospitalar: uma intervenção em psicologia **Cad. psicol. soc. trab.**, São Paulo, v. 5, dez. 2002. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172002000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 nov. 2014.

BARROS, Regina. D. Benevides. Grupo e produção. In: n LANCETTI, A. (dir). **SaúdeLoucura** (V. 4: Grupos e coletivos) São Paulo: Hucitec, 1994.

_____. Dispositivos em ação: o grupo. In LANCETTI, A. (dir). **SaúdeLoucura** (V. 6: Subjetividade – questões contemporâneas). São Paulo: Hucitec, 1997.

_____; PASSOS, Eduardo. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da. (Orgs). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

BENDASSOLLI, Pedro F. Mal-estar no trabalho: do sofrimento ao poder de agir. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, v. XI, n. 1, p. 65-99, 2011.

_____; SOBOLL, Lis Andrea P. Introdução às clínicas do trabalho: aportes teóricos, pressupostos e aplicações. In: BENDASSOLLI, Pedro F.; SOBOLL, Lis Andrea P. (Orgs). **Clínicas do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade**. São Paulo: Atlas, 2011.

BIANCHESSI, Desiree Luzardo Cardozo; TITTONI, Jaqueline. Trabalho, saúde e subjetividade sob o olhar dos trabalhadores administrativo-operacionais de um hospital geral, público e universitário. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 fev. 2014.

_____. et al. Sobre uma construção em atenção em saúde mental e trabalho na empresa. In: MERLO, Álvaro Roberto Crespo; BOTTEGA, Carla Garcia; PEREZ, Karine Vanessa (Orgs). **Atenção à saúde mental do trabalhador: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho**. Porto Alegre: Evangraf, 2014.

BOTTEGA, Carla Garcia. A hora do “bom dia” – apontamentos para a composição da linha de cuidado em saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). In: MERLO, Álvaro Roberto Crespo; BOTTEGA, Carla Garcia; PEREZ, Karine Vanessa (Orgs). **Atenção à saúde mental do trabalhador: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho**. Porto Alegre: Evangraf, 2014.

BRASIL, Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999. Aprova o regulamento da Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 7 maio 1999. Republicado em 12 de maio de 1999.

_____. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social e dá outras providências.

_____. Ministérios do Trabalho, da Previdência Social e da Saúde. **Política nacional de segurança e saúde do trabalhador**. Portaria Interministerial MPS/MS/MTE Nº 800, de 3 de maio de 2005.

CANCIAN, Renato. Estado do bem-estar social: história e crise do welfare state. Pedagogia e Comunicação. Sociologia. **UOL Educação**. 29 maio 2007. Disponível em: <<http://educacao.uol.com.br/disciplinas/sociologia/estado-do-bem-estar-social-historia-e-crise-do-welfare-state.htm#comentarios>>. Acesso em: 26 jan. 2015.

CBA – Consórcio Brasileiro de Acreditação. **Joint Comission International**. Disponível em: <<http://cbacred.org.br/institucional/investimento-acreditacao.asp>>. Acesso em: 14 jun. 2014.

CLOT, Yves. Clínica do trabalho e clínica da atividade. In: BENDASSOLLI, Pedro F.; SOBOLL, Lis Andrea P. (Orgs). **Clínicas do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade**. São Paulo: Atlas, 2011.

_____. A psicologia do trabalho na França e a perspectiva da clínica da atividade. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, abr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922010000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 jul. 2013.

_____. **Trabalho e poder de agir**. Belo Horizonte: Sobrefactum, 2010b.

CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm; FELDMAN, Liliane Bauer. Avaliação dos serviços de enfermagem: identificação dos critérios de processo dos programas de acreditação hospitalar. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, n. 1, fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jun. 2014.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho**: estudos de psicopatologia do trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

_____. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: FGV, 7 ed., 2007.

_____. O trabalho como enigma. In: LANCMAN, Selma; SZNELMAN, Laerte I. **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz/Brasília: Paralelo 15, 2004.

_____. Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Org.). **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz/Brasília: Paralelo 15, 2004b.

_____. **A metodologia em psicodinâmica do trabalho**. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Orgs.) **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz. Brasília: Paralelo, 2004c.

_____; DESSORS, Dominique; DESRIAUX, François. Por um trabalho fator de equilíbrio. **Revista de Administração de Empresas**, v. 33, n. 3, p. 98-104, maio/jun. 1993.

DREXLER, Jorge. Todos a sus puestos. **Amar la trama**. 14 mar. 2010. Música disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=sOQ9oICEk9k>>. Acesso em: 10 set. 2014.

FELDMAN, Liliane Bauer; GATTO, Maria Alice Fortes; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 18, n. 2, jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jun. 2014.

FERREIRA, I. M. **Reabilitação profissional e serviço social**. São Paulo: Cortez, 1985.

FONSECA, Tânia Mara Galli. **O acontecimentalizar nos modos de trabalhar, modos de subjetivar**: por uma ontologia histórica. I Encontro Estadual dos Serviços de Psicologia das Instituições de Ensino Superior de Santa Catarina. Florianópolis: 2009. Disponível em: <http://www.crpssc.org.br/publicacoes/dados/arquivos/palestras/palestra_TaniaGalli.pdf>. Acesso em: 31 maio 2013.

_____; BARROS, Maria Elizabeth Barros de. Entre prescrições e singularizações: o trabalho em vias da criação. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, abr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922010000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 jul. 2013.

FOUCAULT, Michel. **Estratégia, poder-saber**. Organização e seleção de Manoel Barros de Motta. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

GAULEJAC, Vincent de. **Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social**. Aparecida/SP: Ideias & Letras, 2007.

_____. A NGP: a nova gestão paradoxal. In: BENDASSOLLI, Pedro F.; SOBOLL, Lis Andrea P. (Orgs). **Clínicas do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade**. São Paulo: Atlas, 2011.

GERNET, Isabelle; DEJOURS, Christophe. Avaliação do trabalho e reconhecimento. In: BENDASSOLLI, Pedro F.; SOBOLL, Lis Andrea P. (Orgs). **Clínicas do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade**. São Paulo: Atlas, 2011.

GUATTARI, Félix; ROLNICK, Suely. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 2011.

HENNINGTON, Elida Azevedo. **Saúde trabalho: considerações sobre as mudanças na legislação acidentária brasileira e sua influência sobre a classe trabalhadora**. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Disponível em: <<http://www.hcpa.ufrgs.br/>> Acesso em: 19 dez. 2014.

_____. Intranet. Disponível em: <<https://intranet.hcpa.ufrgs.br/downloads/cgp/Reabilitacao.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2014b.

HCPA/UFRGS. Hospital de Clínicas de Porto Alegre; Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Relatório de Atividades, 2005.

HOEFEL, Maria da Graça Luderitz et al. Intervenção interdisciplinar em saúde e trabalho no Hospital de Clínicas de Porto Alegre: grupos com proposta terapêutica para o tratamento de pacientes com lesões por esforços repetitivos. In: MERLO, Álvaro R. C. (org). **Saúde e trabalho no Rio Grande do Sul: realidade, pesquisa e intervenção**. Porto Alegre: UFRGS, 2004.

JCI - Joint Commission International. Disponível em: <<http://pt.jointcommissioninternational.org/>>. Acesso em: 14 jun. 2014.

LANCMAN, Selma. Apresentação. In: LANCMAN, Selma; SZNELMAN, Laerte I. **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Brasília: Paralelo 15, 2004.

MACHADO, Sérgio Pinto; KUCHENBECKER, Ricardo. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, agosto. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jun. 2014.

MAENO, Maria; VILELA, Rodolfo Andrade de Gouveia. Reabilitação profissional no Brasil: elementos para a construção de uma política pública. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 35, n. 121, june 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572010000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 jan. 2014.

MAIA, Miguel Angelo Barbosa; OSORIO, Cláudia. Trabalho em saúde em tempos de biopoder. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 1, jun. 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S18095267200400010007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 jul. 2013.

MENDES, Ana Magnólia; ARAUJO, Luciane Kozicz R.; MERLO, Álvaro R. C. Prática clínica em psicodinâmica do trabalho: experiências brasileiras. In: BENDASSOLLI, Pedro F.; SOBOLL, Lis Andrea P. (Orgs). **Clínicas do trabalho**: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo: Atlas, 2011.

MERLO, Álvaro Roberto Crespo. Sofrimento psíquico e atenção à saúde mental. In: MERLO, Álvaro Roberto Crespo; BOTTEGA, Carla Garcia; PEREZ, Karine Vanessa (Orgs). **Atenção à saúde mental do trabalhador**: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho. Porto Alegre: Evangraf, 2014.

_____.; MENDES, Ana Magnólia. B. Perspectivas do uso da psicodinâmica do trabalho no Brasil: teoria, pesquisa e ação. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho** (USP), v. 12, p. 141-156, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set., 1993.

MOOM, W.; GEICKER, O. Disability: concepts and definitions. In: Disability and work. **Encyclopedia of occupational health and safety**. Geneva: OIT, 1998. p. 14-18. CD-ROM.

NARDI, Henrique Caetano. **Ética, trabalho e subjetividade**. Porto Alegre: UFRGS, 2006.

_____. Saúde do trabalhador, subjetividade e interdisciplinaridade. In: MERLO, Álvaro R. C. (org). **Saúde e trabalho no Rio Grande do Sul**: realidade, pesquisa e intervenção. Porto Alegre: UFRGS, 2004.

_____; SILVA, Rosane Neves da. Ética e subjetivação: as técnicas de si e os jogos de verdade contemporâneos. In: GUARESCHI, Neuza M. F.; HÜNING, Simone M. **Foucault e a psicologia**. Porto Alegre: EdiPucrs, 2009.

OSORIO DA SILVA, Cláudia. Pesquisa e intervenção em clínica da atividade: a análise do trabalho em movimento. In: BENDASSOLI, Pedro F.; SOBOLL, Lis Andrea. **Métodos de pesquisa e intervenção em psicologia do trabalho**: clínicas do trabalho. São Paulo: Atlas, 2014.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides de. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 16, n.1, abr. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722000000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jan. 2014.

_____. Quando o grupo é a afirmação de um paradoxo. In BARROS, Regina Benevides de. **Grupo**: a afirmação de um simulacro. Porto Alegre: Sulina/UFRGS, 2009.

PAULON, Simone Mainieri. A análise de implicação com ferramenta na pesquisa-intervenção. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 17, n. 3, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822005000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 jan. 2014.

_____; ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, abr. 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812010000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 jan. 2014.

PITTA, Ana Maria Fernandes. **Hospital**: dor e morte como ofício. São Paulo: Annablume/Hucitec, 2003.

RAMMINGER, Tatiana; NARDI, Henrique Caetano. Subjetividade e trabalho: algumas contribuições conceituais de Michel Foucault. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n. 25, p. 339-346, abr./jun. 2008.

RAMOS, Márcia Ziebell. **Trabalho, subjetividade e reabilitação profissional**: por uma genealogia dos modos de vida. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2005.

REDE HUMANIZA SUS. Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/glossary/3>>. Acesso em: 22 jan. 2015.

_____; TITTONI, Jaqueline; NARDI, Henrique Caetano. A experiência de afastamento do trabalho por adoecimento vivenciada como processo de ruptura ou continuidade nos modos de viver. **Cad. psicol. soc. trab.**, São Paulo, v. 11, n. 2, dez. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172008000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 jul. 2013.

ROCHA, Marisa Lopes da; AGUIAR, Katia Faria de. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 23, n. 4, dez. 2003. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000400010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 jan. 2014.

SELIGMANN-SILVA, Edith. Psicopatologia e saúde mental no trabalho. In: MENDES, René (org). **Patologia do trabalho**. São Paulo: Atheneu, 2013.

SILVA, Claudia Osorio da. Trabalho e subjetividade no hospital geral. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 18, n. 2, 1998. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931998000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 jul. 2013.

SILVEIRA, Andréa Maria Valle. **Estudo do campo da psicologia hospitalar calcado nos fundamentos de gestão: estrutura, processos e resultados**. Dissertação (Mestrado). Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte: 2010.

SCHWARTZ, Yves. Manifesto por um ergoengajamento. In: BENDASSOLLI, Pedro F.; SOBOLL, Lis Andrea P. (Orgs). **Clínicas do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade**. São Paulo: Atlas, 2011.

TAKAHASHI, Mara Alice Batista Conti. **Incapacidade e previdência social: trajetória de incapacitação de trabalhadores adoecidos por LER/DORT no contexto da reforma previdenciária brasileira da década de 1990**. Tese (Doutorado), Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

_____ et al . Programa de reabilitação profissional para trabalhadores com incapacidades por LER/DORT: relato de experiência do Cerest-Piracicaba, SP. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo , v. 35, n. 121, jun. 2010 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572010000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 jan. 2014.

TAYLOR, Frederick Winslow. **Princípios de administração científica**. São Paulo: Atlas, 1995.

TITTONI, Jaqueline; NARDI, Henrique Caetano. Subjetividade e trabalho. In: CATTANI, Antônio D.; HOLTZMANN, Lorena. (Org.). **Dicionário de trabalho e tecnologia**. Porto Alegre: Zouk, 2011.

TOLDRÁ, Rosé Colom et al . Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um centro de referência em saúde do trabalhador - SP, Brasil. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 35, n. 121, jun. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572010000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 jul. 2013.

WEBER, Lílian. **Subjetividade e trabalho:** chefias intermediárias no contexto hospitalar. Dissertação de mestrado. Escola de Administração - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: 2008.

_____; GRISCI, Carmem Ligia lochins. Trabalho, gestão e subjetividade: dilemas de chefias Intermediárias em contexto hospitalar. **Cad. EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, mar. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-39512010000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jun. 2014.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional – Mestrado**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa intitulado “Das (im)possibilidades no retorno às atividades: Trabalho, subjetividade e reabilitação profissional”. Este estudo busca conhecer as vivências relacionadas ao retorno às atividades dos trabalhadores hospitalares reabilitados via INSS. Desta maneira, busca colaborar na atenção e discussão sobre a importância do estabelecimento de políticas de saúde do trabalhador para este público em especial; da mesma forma que pretende ser um espaço de construção aos participantes envolvidos, buscando possibilidades de inserção no trabalho.

Para esta investigação está prevista a realização de 10 encontros em grupo, semanalmente (duração de 1h30min – em horário a ser definido), com trabalhadores que foram reabilitados via INSS, que serão gravados digitalmente para possibilitar uma análise mais fidedigna dos conteúdos abordados. Serão divulgados dados gerais da pesquisa, de forma a não identificar pessoalmente os participantes, desta forma fica assegurado o caráter sigiloso da identidade destes trabalhadores.

Em caso de desistência da participação na pesquisa, o desligamento poderá ocorrer em qualquer etapa do processo, sem quaisquer prejuízos no vínculo com a instituição. Da mesma forma, na presença de algum desconforto causado pela participação nos grupos, poderá ser solicitado auxílio aos pesquisadores e novo esclarecimento. A participação no estudo não está associada a nenhum tipo de avaliação profissional ou de desempenho.

Não está previsto neste estudo nenhum tipo de pagamento pela participação, assim como não haverá custos aos participantes.

Todas as dúvidas poderão ser esclarecidas antes e durante o curso da pesquisa, através do contato com o professor Álvaro Merlo, no Serviço de Medicina Ocupacional, pelo telefone: 3359 8222, ou então com Ana Luisa Poersch, no mesmo telefone. Da mesma forma, o Comitê de Ética em Pesquisa/HCPA poderá ser

contatado para esclarecimentos de dúvidas, através do telefone 3359 7640, das 8h às 17h.

Nome do Participante _____

Assinatura _____

Nome do Pesquisador _____

Assinatura _____

Porto Alegre, _____ de _____ de 2014.

Este documento consta em duas vias: uma destinada ao participante e outra ao grupo de pesquisa.