

# Reabilitação física e reabilitação profissional: uma reflexão sobre a interface clínica e intersectorial no tratamento terapêutico ocupacional de uma trabalhadora

Raphaele Cristina Julião dos Santos<sup>a</sup>, Marina Batista Santos<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Terapia Ocupacional, Universidade Federal do Espírito Santo – UFES, Vitória, ES, Brasil.

<sup>b</sup>Universidade Federal do Espírito Santo – UFES, Vitória, ES, Brasil.

**Resumo:** Introdução: Observa-se que, nas sociedades tecnológicas, bem como no mundo do trabalho, ocorre uma paulatina desvinculação entre o fazer e o saber humano, sendo que tal fenômeno expõe o trabalhador a riscos de acidentes/adoecimento pelo trabalho, que, uma vez ocorridos, acarretam danos físicos, psíquicos e sociais. Nesse sentido, a reabilitação do trabalhador vítima de acidente/adoecimento pelo trabalho, no que concerne à reinserção no trabalho, é de competência do Sistema Único Saúde, ao passo que a reabilitação profissional é de competência do Instituto Nacional de Seguridade Social. Objetivo: Relatar uma experiência sobre o contexto da reabilitação física em terapia ocupacional com interface clínica e intersectorial no processo de reabilitação profissional de uma paciente sobre o contexto da reabilitação física. Método: O artigo apresenta um Relato de Experiência cujo cenário dos atendimentos é o Ambulatório de Reabilitação Física em Terapia Ocupacional que constitui o Campo de Estágio da Área Física do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Espírito Santo. Resultados: Os resultados demonstram que o processo de reabilitação profissional conduzido pelo INSS apresenta um caráter protocolar e de generalizações, bem como não dialoga com os outros setores envolvidos nesse processo, comprometendo sua eficácia junto ao beneficiário. Conclusão: Conclui-se que o contexto de reabilitação física em terapia ocupacional apresenta-se como um importante espaço de acolhimento das demandas relativas ao referido processo. Uma vez que proporciona tecnologias e dispositivos de escuta qualificada que corroboram com a superação das sequelas físicas, emocionais e sociais ocasionadas pelo acidente de trabalho.

**Palavras-chave:** Trabalho, Reabilitação Física, Reabilitação Profissional, Terapia Ocupacional.

## Physical and vocational rehabilitation: a reflection on the clinical and intersectorial interface in occupational therapy of a worker

**Abstract:** Introduction: Technological societies, as well as the occupational field present a gradual disconnection between the doing and the human knowledge, and this phenomenon exposes the worker to the risk of occupational accidents/illness, which, once occurred, lead to physical, psychological and social damages. In this sense, the rehabilitation of the worker who is the victim of an occupational accident/illness, regarding reinsertion at work, is the responsibility of the Unified Health System, while professional rehabilitation falls within the competence of the National Institute of Social Security. Objective: To report an experience about the context of physical rehabilitation in occupational therapy with clinical and intersectorial interface in the process of professional rehabilitation of a patient on the context of physical rehabilitation. Method: The article shows an Experiential Report, whose attendance scenario is the Physical Rehabilitation Ambulatory in Occupational Therapy, which constitutes the Physical Area Training Field of the Occupational Therapy Department of the Federal University

of Espírito Santo. Results: We show that the professional rehabilitation process conducted by INSS has a protocolary and generalized nature, as well as a lack of communication with the other sectors involved in this process, which compromises its effectiveness with the beneficiary. Conclusion: We conclude that the context of physical rehabilitation in occupational therapy presents itself as an important space of reception of the demands related to this process. It provides technologies and devices of qualified listening that corroborate with the overcoming of physical, emotional and social sequels caused by the occupational accident.

**Keywords:** *Work, Physical Rehabilitation, Vocational Rehabilitation, Occupational Therapy.*

## 1 Introdução

Todo trabalho humano implica um saber-fazer humano (LANCMAM et al., 2003). Contudo, paulatinamente, nas sociedades tecnológicas, tem havido uma desvinculação entre o saber e o fazer. Assim sendo, no mundo do trabalho, através da organização racional do trabalho, padronizam-se os gestos humanos em um enquadre técnico, ao passo que são dissociados do pensar e planejar autônomos no cotidiano laboral (SZNELWAR; UCHIDA; LANCMAN, 2011). Poucas cabeças (saber), muitos braços (fazer). Braços humanos que se tornaram extensão de máquinas.

Tal dissociação expõe o trabalhador aos riscos de acidente de trabalho, bem como a um processo de trabalho adoecedor, cuja probabilidade cotidiana interfere nas relações de trabalho e gera um ambiente de hostilidade e insegurança. De modo que, quando as medidas e os dispositivos de prevenção de acidentes e de melhorias nas condições de trabalho são insuficientes, ineficazes ou desconsideradas, a exposição ao risco de acidentes e/ou adoecimento pelo trabalho aumenta e, uma vez ocorridos, acarretam lesão corporal ou perturbação funcional que pode causar a morte; a perda, ou a redução permanente ou temporária da capacidade laborativa; restrições do desempenho das atividades de vida (diária e prática), bem como psíquicas e na participação social cotidiana e comunitária (BRASIL, 1991, 2016; ORGANIZAÇÃO..., 2004).

Nesse sentido, a reabilitação do trabalhador vítima de acidente/adoecimento pelo trabalho, no que concerne à reinserção no trabalho, é de competência do Sistema Único de Saúde, ao passo que a reabilitação profissional, bem como os pagamentos dos benefícios, no que se refere ao período de afastamento do trabalho, são de competência do Instituto Nacional de Seguridade Social (BREGALDA; LOPES, 2016).

De acordo com o manual técnico de procedimentos da área de reabilitação profissional do INSS (BRASIL, 2015), que versa sobre as ações deste Serviço, a reabilitação física destina-se ao restabelecimento das funções corporais prejudicadas em detrimento de

doenças, agravos ou outras condições, e proporciona à pessoa os meios para integrar ou reintegrar-se ao meio ambiente físico, cultural, familiar e social, incluindo o trabalho. De modo que, o referido documento compreende o processo de reabilitação profissional na assistência educativa ou reeducativa e de adaptação ou readaptação profissional e social, visando proporcionar aos beneficiários da seguridade social incapacitados, parcial ou totalmente para o trabalho habitual, os meios indicados para a mudança de função de forma compatível com a limitação apresentada, o reingresso no mercado de trabalho, bem como os contextos em que vivem.

Uma vez em gozo do auxílio doença, o segurado pelo INSS está obrigado, independentemente de carência, de sua idade e sob pena de suspensão do benefício, a submeter-se a exame médico a cargo da previdência social, processo de reabilitação profissional por ela prescrito e custeado e tratamento dispensado gratuitamente, exceto o cirúrgico e a transfusão de sangue, que são facultativos (BRASIL, 1999). Todavia, apropriando-se dos estudos de Bregalda e Lopes (2016), que tiveram como objetivo a identificação e a compreensão das práticas e concepções apresentadas pela terapia ocupacional no INSS, nota-se um paradoxo, uma vez que não está caracterizada, segundo as autoras, a obrigatoriedade por parte do INSS quanto à efetiva inserção no mercado de trabalho do beneficiário, assim como o referido trabalho aponta para a incipiente colaboração das empresas no processo de reabilitação de seus trabalhadores, em parte devendo-se à ausência de obrigatoriedade legal para reinseri-los em funções compatíveis ao trabalho com restrições e o não comprometimento em relação à situação dos trabalhadores afastados e de suas perspectivas de retorno ao trabalho.

O “não acidente do trabalho” e o “não adoecimento pelo trabalho” são direitos constituídos (BRASIL, 1942). No entanto, a experiência que será relatada a seguir é um demonstrativo de que tais garantias de direitos não refletem efetivo compromisso com a pessoa do trabalhador.

Assim sendo, atualmente, coexistem dois olhares sobre o trabalhador em sua condição de corpo e de sujeito. Primeiramente temos a Saúde Ocupacional que

descende da Medicina do Trabalho com abordagem médico-centrada e focada na doença em relação ao trabalhador (MENDES; DIAS, 1991). A Saúde Ocupacional tem abordagem multiprofissional, ao passo que reforça o caráter instrumentalista do trabalho e do trabalhador, adicionando o meio ambiente como um fator que deve ter seus condicionantes de risco ao processo de trabalho e à vida, totalmente controlados. Controle e prevenção direcionados ao aumento da produtividade do trabalhador. No contexto brasileiro, a Saúde Ocupacional está usualmente representada pelo Ministério do Trabalho e Emprego, que é o órgão responsável por normatizar, dentre seu arcabouço legal, a saúde e segurança dos trabalhadores regulamentados pela Consolidação das Leis Trabalhistas/CLT (CENTRO..., 2011). Contrapondo-se à rigidez normativa da Saúde Ocupacional, apresenta-se a Saúde do Trabalhador que constitui o campo da Saúde Pública, trazendo ao centro da cena o sujeito que tem a vida perpassada pelo trabalho, bem como o trabalho como um condicionante do processo saúde/doença e organizador da vida social, lançando sobre o trabalhador o olhar do cuidado e bem-estar (MENDES; DIAS, 1991; PINHEIRO et al., 2012).

Ambos os olhares sobre a atenção voltada ao trabalhador são perspectivas abordadas por diversos núcleos de saber. A terapia ocupacional, como um destes núcleos, constitui-se em um importante apoiador do trabalhador por sua abordagem direcionada aos fazeres humanos, vinculada ao estudo de análises de atividade em um espectro biopsicossocial. Destarte, a terapia ocupacional apresenta uma gama de instrumentos, intervenções no âmbito coletivo e individual e histórico de atuação em serviços de reabilitação profissional que legitimam sua atuação tanto na Saúde Ocupacional quanto na Saúde do Trabalhador (LANCMAM, 2004).

## 2 Objetivo

Relatar uma experiência sobre o contexto da reabilitação física em terapia ocupacional com interface clínica e intersetorial no processo de reabilitação profissional de uma paciente sobre o contexto da reabilitação física.

## 3 Método

### 3.1 Característica da pesquisa

Trata-se de um Relato de Experiência dos registros que foram realizados em prontuário terapêutico ocupacional, além de registros em livro ata referente ao grupo terapêutico ocupacional.

### 3.2 Considerações éticas

Por se tratar de um relato de experiência, este artigo não foi submetido à apreciação e aprovação do Comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo, haja vista não caracterizar projeto de pesquisa que envolva seres humanos.

Visto ser um espaço com objetivo acadêmico de ensino e aprendizagem técnico profissional, todos os pacientes admitidos neste tratamento ambulatorial são solicitados a assinarem termo de concessão de imagem e de consentimento livre e esclarecido para fins única e exclusivamente de pesquisa.

### 3.3 Cenário da pesquisa

O cenário dos atendimentos é o Ambulatório de Reabilitação Física em Terapia Ocupacional que constitui o Campo de Estágio da Área Física do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Espírito Santo. O referido ambulatório existe há sete anos e oferece atendimento terapêutico ocupacional em ortopedia e reumatologia à comunidade. Os atendimentos têm duração de 40 minutos e são oferecidos de segunda à quinta-feira, podendo ser com frequência semanal (uma vez ou duas vezes por semana), quinzenal ou mensal, conforme a demanda apresentada pelo paciente.

### 3.4 Participante

Este relato baseia-se na experiência de tratamento terapêutico ocupacional de uma mulher, 38 anos, canhota, casada, residente com marido e duas filhas (10 anos e 19 anos), operadora operacional, inserida no programa de reabilitação profissional orientado pelo INSS após sofrer um acidente de trabalho em 2012.

### 3.5 Instrumento de coleta

Utiliza-se como instrumentos de coleta a anamnese setorial em que o terapeuta arrecada dados, por meio de relatos do paciente, sobre a história da moléstia atual, desempenho ocupacional, aspecto sociofamiliar, atividades da vida diária e avalia sinais e sintomas físicos. Outro instrumento é a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM) que consiste numa medida individualizada em que o paciente realiza uma autoavaliação das atividades mais relevantes em que apresenta dificuldade no seu desempenho ocupacional (CALDAS; FACUNDES; SILVA, 2011).

Os registros das evoluções em prontuário interno e livro ata, este referente ao grupo terapêutico ocupacional, também foram utilizados para coletas de dados.

### 3.6 Procedimentos de coleta e análise de dados

O processo de estrutura das sessões caracteriza-se por atendimentos individuais, os quais se iniciam com anamnese terapêutica ocupacional. Nos atendimentos posteriores à anamnese, são realizadas condutas terapêuticas a fim de assistir a demanda do aspecto físico apresentada pela paciente, como dor e hiperestesia; além de escuta qualificada de relatos sobre aspectos psicossociais.

Os atendimentos são agendados para duas vezes por semana em dias semanais fixos pré-acordados entre terapeuta e paciente, totalizando 20 sessões com duração de 40 minutos cada, durante quatro meses.

Além disso, durante três meses, aconteceu o grupo terapêutico que é constituído por pacientes atendidos neste mesmo setor e agendado para uma vez por semana com duração de uma hora cada sessão. Totalizando quatro atendimentos em grupo no qual esta paciente foi assistida.

A análise dos dados ocorreu por meio de estudos dos registros nas evoluções em prontuário interno e livro ata, este para registro do atendimento em grupo, e das falas ocorridas durante o atendimento ambulatorial, que, por sua vez, foram analisadas como conjunto de palavras que expressam sentido, sendo que, para compreensão deste conteúdo, e, de acordo com Landim et al. (2006), fez-se necessário que o observador levasse em consideração o contexto e o cotidiano da participante nesta experiência, cujo período de observação se deu entre março de 2016 e junho de 2016.

A análise dos dados ocorreu por meio de estudos do comportamento apresentado pela paciente durante os atendimentos e do registro de evoluções em prontuário interno e livro ata, este para registro do atendimento em grupo.

## 4 Resultados

Para compreender melhor os resultados desta pesquisa, inicialmente será apresentado um relato de experiência com base na análise das falas colhidas no contexto do tratamento. Em seguida, apresenta-se o processo de reabilitação profissional pelo INSS em interface com a reabilitação física em terapia ocupacional. Posteriormente, faz-se uma discussão reflexiva acerca dos trâmites legais, institucionais e

burocráticos do INSS, aos quais a beneficiária em questão foi submetida.

Fernanda (nome fictício), 38 anos, casada, canhota, cujo núcleo familiar é composto por seu marido (atualmente desempregado) e duas filhas, sendo uma com 19 anos, que cursa faculdade particular como bolsista, e outra com 10 anos, que cursa o ensino fundamental e está em investigação de hipótese diagnóstica de doença cardiovascular. Fernanda, empregada desde janeiro 2012, relata que desempenhava atividade na área de logística de uma empresa e, dentre as suas funções constava o transporte manual de cargas. No mesmo ano de sua admissão, Fernanda sofreu um acidente de trabalho.

*Eu tinha que pegar o palete e jogar ele no chão, mas nesse dia eu não consegui jogar ele no chão e ele caiu, mas eu não soltei as minhas mãos, e o peso dele deu um puxão nos meus braços, e aí eu soltei porque senti muita dor nos meus punhos [sic].*

Foi realizado registro de uma Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), sendo que, apesar de apresentar queixa de dor, presença de edema e hematomas, permaneceu desempenhando suas atividades conforme orientação dos responsáveis pelo setor em que trabalhava.

*Naquela época eu sentia dores constantes nas minhas mãos e punho, sendo pior na mão esquerda [...]. Eu avisei aos meus supervisores, mas eles não fizeram nada e falaram para eu voltar para o trabalho [sic].*

Após oito meses do acidente, Fernanda conseguiu consulta médica com um ortopedista do serviço público de sua cidade e foi diagnosticado Síndrome do Interósseo Posterior em membros superiores e, em 2013 foi submetida à procedimento cirúrgico no membro superior esquerdo (MSE) com o objetivo de descompressão do nervo radial. Após licença médica, retornou ao trabalho em nova função, todavia, permaneceu apresentando sinais e sintomas clínicos da doença em decorrência da atividade laboral exercida.

*Eles me mudaram de função quando voltei da licença, mas me colocaram numa função que parecia ser pior que tinha porque agora eu tinha que controlar alguns sistemas e tinha que mexer muito com minhas mãos por causa dos equipamentos e eram muitos botões e tinha que pegar objetos. Cada vez eu sentia mais dor, mas não parava pensando que podia melhorar com o tempo e se o INSS me liberou é porque eu estava boa.*

Em 2015, foi submetida novamente à mesma cirurgia no MSE sem sucesso. Após este procedimento, devido

ao quadro algico, foi encaminhada ao especialista em terapia da dor e diagnosticada com Síndrome Dolorosa Regional Complexa (SDRC) em mão e antebraço esquerdo. Iniciou acompanhamento com este profissional, que procedeu à prescrição de analgésicos e antidepressivos. Em seguida, foi encaminhada ao Ambulatório de Terapia Ocupacional em Reabilitação Física da UFES para tratamento multidisciplinar.

Em avaliação terapêutica ocupacional realizada em março de 2016, a paciente apresentou elevado quadro algico em repouso e durante mobilização ativa e passiva representado pelo nível de dor máxima na Escala Visual Analógica (EVA), caracterizando dor incapacitante.

No teste de sensibilidade de Simmes Weinstein Monofilaments, apresentou hiperestesia tátil e térmica. No exame físico, apresentou fraqueza muscular e limitação na amplitude de movimentos ativos e passivos e atrofia da musculatura afetada. Notaram-se presença e evidências clínicas (dor durante mobilização ativa e passiva, além hiperestesia) e comportamentais (atitude protetora do membro) de manifestação da doença de leve à moderada em membro superior direito.

## 5 O Processo de Reabilitação Profissional pelo INSS em Interface com a Reabilitação Física em terapia ocupacional

Atualmente Fernanda foi encaminhada pelo Serviço Social do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) para Programa de Reabilitação profissional, o qual consiste em concluir o Ensino Fundamental, no Programa para Educação de Jovens e Adultos da Escola Municipal do bairro onde reside.

*Quando a assistente social do INSS falou que era para eu voltar a estudar, eu falei que não aguento usar muito minha mão direita e a esquerda eu não consigo usar para nada, mas ela falou que ela estava ali para fazer o encaminhamento para a escola e que depois eu tenho ir lá com um relatório da escola e com as minhas notas. E sobre a dor quem tem que falar é o médico [sic].*

O processo de ensino e aprendizagem está vagaroso visto que a paciente não dispõe de condição física para realizar escrita, devido ao quadro algico e limitação física que apresenta em MSE, e pela dificuldade de se lembrar das orientações e de fatos ocorridos recentemente.

*Aprendi a escrever com a mão direita após o acidente, escrevo muito com a mão direita e sinto que forço muito e tenho medo de perder essa mão também.*

*Pedi a professora para fotografar as tarefas para eu não ter que escrever tanto, mas ela disse que é proibido [sic].*

No intento de fortalecer Fernanda, dada a fragilidade apresentada ante o contexto escolar, a equipe multiprofissional (médico ortopedista, profissional e estagiária de terapia ocupacional) envolvida em seu tratamento enviou relatórios informando o quadro desta, bem como solicitando as adequações no método de ensino-aprendizagem dado o seu estado clínico e social de incapacidade física. A devolutiva trazida por Fernanda é que a escola recusa-se a atender à sua demanda:

*Eles não aceitam mudar a avaliação e nem querem deixar eu tirar foto, eles querem ver meu caderno. A nota também é pelo caderno, por isso me esforço para copiar tudo e ficar com meus cadernos em dia, mesmo cheia de dor.*

Fernanda está em terapia individual, na qual tem sido realizados estímulos sensitivos e técnicas de reorganização cortical para recuperação motora e controle do quadro algico, além de estímulos para adaptação à realidade vivenciada, elevação da autoestima, autonomia e independência, e está inserida também em grupo terapêutico ocupacional neste mesmo setor, destinado a pacientes em reabilitação do membro superior no setor, e tem como objetivo a troca de experiências, controle do quadro algico e de emoções negativas como sentimentos de incapacidade e inutilidade e passividade, aumento da sensação de bem-estar, oportunidade de expressar e compreender os próprios sentimentos, alívio de tensões musculares e ansiedade, promoção da qualidade de vida e proporcionar maior envolvimento com reabilitação física.

Durante o tratamento terapêutico ocupacional, Fernanda tem expressado os sentidos que o seu trabalho tem para si e para seu contexto familiar. Afirma que o sentido do trabalho para si não “*depende do dinheiro*” [sic], mas das pessoas e do ambiente. Refere gostar de “*ser útil às pessoas*” [sic] e que no trabalho consegue expressar força e fazer bons relacionamentos. Diz que, para as filhas, seu trabalho é uma forma de sustentá-las e que elas se sentem culpadas pelo acidente da mãe, pois construíram a ideia de que se não fosse por causa delas a mãe não precisaria trabalhar e, portanto, não teria sofrido o acidente que lhe desencadeou um quadro de dor tão intensa e incapacitante. Quando menina, sua brincadeira preferida era a de policial, pois, em seu contexto familiar, havia muitos policiais e também por acreditar que esta profissão lhe conferiria força e poder. Contudo, seu percurso escolar não foi bem-sucedido e não pode conquistar seu sonho.

Quanto ao futuro, Fernanda deseja que seu quadro de dor cesse. Se este fato não acontecer, afirma querer muito saber lidar com a dor. Uma dor que transcende seu corpo físico e psíquico. Uma dor que busca disfarçar mantendo-se sempre falante e sorridente, pois não gosta de “*parecer fraca*” ou “*que tenham pena de mim*” [sic]. Manifesta afetividade pelos profissionais que, segundo sua avaliação, apresentam interesse por sua dor. O desejo de ser ouvida é um dos motivos pelo qual percebe-se sua assiduidade e engajamento no tratamento.

## 6 Discussão

O mundo do trabalho afetou a vida de Fernanda desde as brincadeiras infantis. Na adultez, seu exercício profissional foi interrompido por um acidente do trabalho que lhe gerou consequências físicas, emocionais e sociais para além do que a organização do trabalho poderia prever e se comprometer. Seu contexto de trabalho capturou sua subjetividade em favor da produtividade, contudo sem haver uma contrapartida à altura da complexidade clínica e social do seu processo de reabilitação.

A história de Fernanda nos faz refletir sobre os precedentes legais de proteção social estabelecidos<sup>1</sup>, bem como todo o arcabouço de direitos trabalhistas, em que não há efetividade por se estabelecer uma relação protocolar que nega sua real demanda, ou seja, ser ouvida. Assim sendo, por não estar “se adequando” aos tramites burocráticos, Fernanda tem sido culpabilizada pela não efetividade de seu processo de reabilitação profissional. Para Gravina, Nogueira e Rocha (2003), o INSS operacionaliza os direitos que lhe competem baseando-se em generalizações ao não buscar compreender a situação de cada contribuinte, apresentando resultados que não contribuem para o processo de reabilitação do trabalhador, bem como mantendo o foco na doença e não no fortalecimento do sujeito. O que, a título de análise, faz com que a seguridade social aborde o trabalhador como um equipamento que está sob sua jurisprudência para ser, então, reaproveitado para o mundo do trabalho. Uma lógica tendenciosa ao favorecimento das demandas patronais e não em real benefício do trabalhador. Segundo Lancmam (2004), há uma dificuldade dos técnicos responsáveis pela emissão de laudos na realização de avaliações e mensurações quanto à gravidade das sequelas oriundas das doenças, podendo acarretar um processo de exclusão do trabalho.

O percurso de Fernanda quanto ao processo de reabilitação profissional encontra maiores entraves na falta de diálogo corresponsável entre os entes intersetoriais arrolados como o INSS, que a

encaminhou à escola, e a escola, que não a atende em suas súplicas cotidianas e não se corresponde com os profissionais de saúde que se colocam parceiros do seu processo de reabilitação profissional.

Para Bregalda e Lopes (2011), o encaminhamento à escola para elevação da escolaridade é uma das estratégias construídas para o início do processo de reabilitação profissional em grande parte dos casos. Entretanto, segundo as autoras, o trabalho da reabilitação profissional deve abarcar aspectos que são trazidos pelos segurados, como a ausência de recursos financeiros para iniciar uma atividade autônoma, bem como a dificuldade de reinserção no mercado formal, dada a rigidez crescente nos processos admissionais das empresas. Uma vez que a reabilitação profissional não se refere apenas a uma preparação para outra função profissional, mas trata-se de um direcionamento de ações a indivíduos que trazem consigo o sentimento de expropriação do seu valor como pessoa em uma sociedade que valoriza aqueles que estão em pleno exercício de suas capacidades profissionais. Assim sendo, para que Fernanda galgue as próximas etapas do processo de reabilitação profissional, faz-se necessário que transponha as barreiras às quais a etapa da educação formal novamente a expõe, considerando-se que, apesar do presente discurso da inclusão, a escola ainda é para os poucos que se enquadram nas regras estabelecidas dentro de seus muros.

O INSS administra grande erário oriundo das contribuições dos trabalhadores e patrões bem como da Assistência Social, mas, pela má gestão e planejamento ao longo das décadas, tenciona sobre o trabalhador uma sobrecarga social em seu processo de recuperação e reabilitação ao tornar morosa a efetivação de direitos constituídos, internamente, pelos motivos acima expostos e intersetorialmente pela notória ausência de articulação com os serviços de reabilitação do SUS e redes de suporte (formais e informais) ao trabalhador. Para Lancmam (2004), não é possível fazer separação da recuperação física, reabilitação profissional e retorno ao trabalho dos determinantes do adoecimento, bem como da necessidade de prevenção. O ajuste destas esferas de cuidado e mediação de direitos<sup>2</sup> dos trabalhadores precisa ser considerado na abordagem ambulatorial e também nos espaços macropolíticos.

Todavia, enquanto o que estamos ensaiando, como ideal, não se apresenta como realidade na grande maioria das relações de trabalho, observa-se, como no histórico de Fernanda, que, quando as queixas não são acolhidas nos espaços de proteção social, desencadeia-se a dor de não ser compreendido como sujeito que passa pela experiência do sofrimento e

instala-se insegurança quanto ao futuro ocupacional, dadas as fragilidades que ficam mais acentuadas.

A oferta do tratamento terapêutico ocupacional no contexto do serviço à comunidade, pelo ambulatório universitário, tem se apresentado como um espaço de escuta e acolhimento das demandas de trabalhadores, na conjuntura de reabilitação dos membros superiores, visto déficit neuromiofascial ocasionado pelo acidente de trabalho.

Destarte, a atuação do terapeuta ocupacional visa atender às demandas do indivíduo enquanto sujeito, abarcando em conduta terapêutica os papéis que desempenha em seu cotidiano, com especial atenção ao de trabalhador, por ser o trabalho o grande organizador da vida social (LANCMAM, 2004). Nesse sentido, apesar do quadro de dor incapacitante como consequência de um acidente de trabalho sofrido por Fernanda, o tratamento terapêutico ocupacional ofertado a esta tem apresentado como resultado seu protagonismo diante da nova condição física, que desencadeia novo contexto social e familiar; aumento da afetividade e capacidade de diálogo com as filhas; redução de sentimentos indesejados; aumento da capacidade de enfrentamento e reflexão acerca de seu corpo, suas potencialidades, capacidades e limitações; fortalecimento de relações antes fragilizadas devido à mudança do papel social em seu meio, uma vez que, a partir do evento do acidente de trabalho, Fernanda deixou de ser vista como “pessoa trabalhadora” e passou a ser considerada como uma “pessoa doente” apresentando limitações e necessidade de auxílio em tarefas cotidianas.

## 7 Conclusão

Discutiu-se, através deste relato de experiência, que o trabalho é um organizador da vida social, bem como um importante condicionante do processo saúde/doença. Adotar esta dimensão da vida como perspectiva na conduta terapêutica gera uma escuta mais qualificada ao paciente. De modo que o terapeuta apropria-se das complexidades justapostas no tecido social que interferem no tecido somático (corpo físico) e no sentido oposto também, ou seja, determinantes macropolíticos da saúde fazem-se presentes na condição de saúde do paciente. Assim sendo, o cenário do atendimento ambulatorial universitário apresenta um dos raros espaços em que o trabalhador em reabilitação tem a possibilidade de ter suas reais demandas ouvidas e melhor direcionadas.

Nesse sentido, trazer à cena um campo de estágio em terapia ocupacional no contexto privilegiado da universidade como um palco para esta reflexão visa contribuir para o processo formativo e de prática

profissional. Oportuniza ao aluno tal complexidade em sua prática de estágio, versando prepará-lo para a superação da realidade dos serviços em seus futuros contextos profissionais que tendem a serem fragmentadores e reducionistas, além de contribuir para a formação de um profissional com aporte técnico-científico capaz de acolher as demandas que vão além dos protocolos norteadores e especificações técnicas do núcleo de competência da terapia ocupacional.

Conclui-se que corpo e mente, vida social, orgânica e psíquica agora estão a serviço do capital. A saúde destes corpos passa a equivaler à manutenção de equipamentos para os meios de produção, e a consecução de direitos dos trabalhadores e proteção social, ao controle social. Uma vez que, na conjuntura capitalista em que nos encontramos, o trabalho passa a demandar maior mecanização dos equipamentos e dos gestos dos trabalhadores para o cumprimento de metas voltadas para o lucro. Nesse sentido, a organização do trabalho prescreve as etapas e o modo de operacionalização do trabalho separando o fazer do saber-fazer. A reabilitação profissional, ao que se observou empiricamente, vem caracterizando-se em restituidor da condição profissional do trabalhador para (re)inseri-lo ao mercado de trabalho. Contudo, o trabalho real e cotidiano, expressa a intencionalidade do trabalhador de que “seu fazer” não deve dissociar-se do “seu saber”, ao passo que o processo de reabilitação profissional tem refletido, conforme o relato de experiência aqui ilustrado, bem como com o arcabouço teórico, a ineficácia da racionalidade organizativa em prever as dinâmicas do trabalho realizadas por sujeitos repletos de paixões, afetos, desejos, dores, tensões que extrapolam o conteúdo das planilhas de metas.

## Referências

BRASIL. Decreto nº 5.452, de 1 de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 1 maio 1942. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/Del5452\\_compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del5452_compilado.htm)>. Acesso em: 30 dez. 2016.

BRASIL. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 25 jul. 1991. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8213cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm)>. Acesso em: 25 dez. 2016.

BRASIL. Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 maio 1999.

Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d3048.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm)>. Acesso em: 29 dez. 2016.

BRASIL. Instituto Nacional de Seguridade Social. *Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional*. Diretrizes para concessão, no âmbito da reabilitação profissional, de órteses, próteses ortopédicas não implantáveis, meios auxiliares de locomoção e acessórios. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://www.prosafe.com.br/getfile?MONITOR=NO&FL=MDM5NWM1YmI5MjQ2NjNmNTZjY2E0OTI5NzExM2JiOTVmMmM1ZThjMF9mbF8xMjg2LnBkZg.pdf>>. Acesso em: 29 dez. 2016.

BRASIL. Instituto Nacional de Seguridade Social. *Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional*. Brasília, 2016. Disponível em: <[http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/dados/Lists/Pedido/Attachments/491997/RESPOSTA\\_PEDIDO\\_Manual-Volume%20I.pdf](http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/dados/Lists/Pedido/Attachments/491997/RESPOSTA_PEDIDO_Manual-Volume%20I.pdf)>. Acesso em: 29 dez. 2016.

BREGALDA, M. M.; LOPES, R. E. O programa de reabilitação profissional do INSS: apontamentos iniciais a partir de uma experiência. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 19, n. 2, p. 249-261, 2011.

BREGALDA, M. M.; LOPES, R. E. A reabilitação profissional no INSS: caminhos da terapia ocupacional Saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 479-493, 2016.

CALDAS, A. S. C.; FACUNDES, V. L. D.; SILVA, H. J. O uso da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional em estudos brasileiros: Uma revisão sistemática. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 238-244, 2011.

CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR – CEREST. *Saúde Ocupacional x Saúde do Trabalhador*. Rio de Janeiro, 2011. (Fonaudiologia na Saúde do Trabalhador, n. 6). Disponível em: <[http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt\\_467653847.pdf](http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_467653847.pdf)>. Acesso em: 14 jun. 2016.

GRAVINA, M. E. R.; NOGUEIRA, D. P.; ROCHA, L. E. Reabilitação profissional em um banco: facilitadores e dificultadores no retorno ao trabalho. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 19-26, 2003.

LANCMAM, S. Construção de novas teorias e práticas em terapia ocupacional, saúde e trabalho. In: LANCMAM, S. (Org.). *Saúde, Trabalho e Terapia Ocupacional*. São Paulo: Roca, 2004. p. 71-83.

LANCMAN, S. et al. Informar e refletir: uma experiência de terapia ocupacional na prevenção de riscos à saúde do trabalhador. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 1-9, 2003.

LANDIM, F. L. P. et al. Uma reflexão sobre as abordagens em pesquisa com ênfase na integração qualitativo-quantitativo. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 19, n. 1, p. 53-58, 2006.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa, 2004.

PINHEIRO, T. M. M. et al. Saúde do trabalhador. In: CAMPOS, G. W. S. (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 935-964.

SANTOS, M. B.; MACEDO, M. D. C.; CUNHA, A. C. Aspectos na relação entre equipe de saúde e usuário que impedem o papel do trabalhador da saúde como agente transformador sob a ótica de estudante da área da saúde. In: GARCIA, A.; MACEDO, M. D. C.; NUNES, T. A. (Org.). *Relações interpessoais e saúde*. Vitória: GM Gráfica e Editora, 2013. p. 81-91.

SZNELWAR, L. I.; UCHIDA, S.; LANCMAN, S. A subjetividade no trabalho em questão. *Tempo Social Revista de Sociologia da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 11-30, 2011.

## Contribuição dos Autores

Raphaele Cristina Julião dos Santos: concepção e redação do texto. Marina Batista Santos: concepção do texto, organização de fontes e redação do texto. Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

## Notas

<sup>1</sup> De acordo com Bregalda e Lopes (2011), o sistema de seguridade social brasileira outorgado pela Carta Magna de 1989 reafirma as áreas da Saúde, Previdência Social e Assistência Social com atribuições específicas para cada área. De modo que, com a Lei 8.080/90, estabelece-se a reabilitação física como de competência do Sistema Único de Saúde e a reabilitação profissional e pagamento dos benefícios no período de afastamento do trabalho a ser realizado pelo Instituto Nacional do Seguro Social.

<sup>2</sup> Santos, Macedo e Cunha (2013) compreendem os trabalhadores da saúde no contexto do Sistema Único de Saúde como mediadores do direito à saúde de modo dialógico e corresponsável.