

REFLEXÕES SOBRE A REABILITAÇÃO OCUPACIONAL: UMA EXPERIÊNCIA

Marcia Elena Rodrigues Gravina¹

Marcia Leiner²

¹ Assistente Social – Caixa Econômica Federal – em São Paulo – SP
Pós - Doutoranda da Faculdade de Saúde Pública – USP – SP

² Psicóloga - Caixa Econômica Federal – em São Paulo – SP

RESUMO Objetivo: refletir sobre a reabilitação profissional no Brasil com base na experiência com o desenvolvimento de um programa de reabilitação ocupacional interno de um banco, na cidade de São Paulo. Metodologia: reflexão sobre a reabilitação ocupacional, a partir de breve revisão bibliográfica e da experiência no desenvolvimento de um programa de reabilitação ocupacional em que trabalhadores afastados por doenças diversas diagnosticadas por seus

profissionais assistentes devem retornar ao trabalho, em um banco em São Paulo. Resultados: é pouco o investimento público e privado em reabilitação ocupacional. Existem dificuldades no reconhecimento das doenças por parte do INSS, ficando o ônus ao trabalhador, que deve enfrentar na prática o retorno ao trabalho. Apesar das dificuldades, existem boas experiências nesta área, e é um investimento necessário para a promoção do bem estar no retorno ao trabalho. Conclusões: é importante o reconhecimento do sofrimento pessoal e social derivado do ofício e ambiente laboral nas ações de reabilitação, bem como a implantação de ações conjuntas do poder público e das empresas, havendo a incorporação do tema na saúde do trabalhador.

Palavras-chave: Reabilitação Ocupacional; Reabilitação Profissional; Retorno ao trabalho; Organização do trabalho; Bancários.

REFLECTIONS ABOUT THE OCCUPACIONAL REHABILITATION: AN EXPERIENCE

Summary: Objective: to reflect about the vocational rehabilitation in Brazil based on the experience of the development of an occupational rehabilitation program in a local bank in the city of São Paulo. Methodology: reflection about the occupational rehabilitation, based on brief literature review and the experience in the development of an occupational rehabilitation program in which workers with sick leave for several diseases diagnosed by their professional assistants must return to work in a bank in Sao Paulo. Results: there is little public and private investment in occupational rehabilitation. There are difficulties to recognize diseases by the INSS, remaining the burden to the employee, who in reality must face return to work. Despite the difficulties, there are good experiences in this area, and IT is a necessary investment to promote wellness when returning to work. Conclusions: It is important to recognize the social and personal suffering caused from office and workplace environment in rehabilitation actions, as well as the implementation of joint government and enterprises actions, and the incorporation of the this theme in health at work.

Key Words: Occupational rehabilitation; Professional rehabilitation; Return to work; Work organization; Bank workers.

INTRODUÇÃO

O mundo do trabalho vem sofrendo modificações ao longo da história, criando para o trabalhador situações contraditórias. Para alguns autores, entre eles Harvey (1993) o ano de 1973 indica um marco histórico para o capitalismo que pela primeira vez, vive em todo o mundo uma grande recessão que atingiu os mercados imobiliários e as instituições financeiras de uma maneira importante, trazendo novas formas de organização da produção, entre elas a acumulação flexível.

Outras formas foram sendo agregadas ao funcionamento do capitalismo, tais como o toyotismo, reengenharia, *downsizing* com vistas a garantir a produção, e trouxeram uma complexidade para as relações de trabalho, através da intensificação dos avanços tecnológicos, diminuição de postos de trabalho e maiores exigências daqueles que conseguiram permanecer no processo produtivo.

Apesar da grande diminuição dos postos de trabalho, ainda não se pode dizer que o trabalho é uma categoria em extinção, porque o capital precisa utilizar-se dos trabalhadores de maneiras diferenciadas. Mas o emprego e vínculos estáveis de trabalho certamente o são. Estas novas formas de inserção no mundo do trabalho atual não têm privilegiado nem a saúde, nem a qualidade de vida dos trabalhadores. Elas oscilam entre as necessidades básicas dos indivíduos voltadas para a sua sobrevivência cotidiana e as necessidades constantes de aumento da produtividade. Essa equação tem expropriado a saúde de milhares de brasileiros. Se estas novas relações de trabalho asseguram direitos aos trabalhadores sadios e com plena capacidade produtiva, é necessário refletir como este contexto está atingindo àqueles que adoecem no exercício profissional e que apresentam restrições laborais.

Neste ponto é importante situar, de maneira geral, o estado em que se encontra a reabilitação ocupacional no Brasil. A Constituição de 1988 afirma que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, e deve ser garantido através de políticas sociais e econômicas, objetivando a redução dos riscos de doença, e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. A reabilitação consta como objetivo da Assistência Social nos incisos III e IV do art. 203 da Constituição de 1988, que ampliou o direito a quem dela precisar, independentemente da contribuição à seguridade social. Conforme art. 89 da Lei 8213/91 este atendimento foi estendido às pessoas portadoras de deficiência, mesmo sem vínculo com a Previdência Social.

A Reabilitação Profissional em termos estruturais está vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social, que é responsável pelo

tratamento adequado como parte integrante da promoção e do equilíbrio atuarial.

Além da legislação acima mencionada, o governo brasileiro através do Decreto nº 129 de 22/05/91 promulgou a Convenção 159 da OIT (organização Internacional do Trabalho) de 01/06/83 sobre a Reabilitação Profissional e o Emprego de Pessoas Deficientes e as Recomendações 99 e 168 , em que foram organizadas as Normas Internacionais do Trabalho sobre a Readaptação – Diretrizes para a sua Aplicação.

Para o INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social, órgão responsável pela reabilitação profissional no Brasil, trata-se de um serviço colocado à disposição dos segurados, inclusive aposentados e dependentes, que tem como objetivo "proporcionar aos segurados e dependentes incapacitados (parcial ou totalmente) os meios indicados para a (re) educação e (re) adaptação profissional e social, de modo que possam voltar a participar do mercado de trabalho" (BRASIL, 2001).

A história da Reabilitação Profissional no Brasil tem como marcos fundamentais:

- O período compreendido entre 1943 e 1967 quando existiam os Institutos de Aposentadorias e Pensões, e estes foram autorizados a organizar a prestação de serviços, para atender a necessidade de manter o trabalhador em atividade;
- No segundo período compreendido entre 1967 a 1995, foi promulgada a Lei 5.317 em 1967 que estabeleceu o Programa de Reabilitação Profissional, organizada pelo INPS – Instituto Nacional de Previdência Social. Ainda neste período o INPS realizou em 1979 uma análise de suas atividades, e implementou a descentralização das ações de reabilitação, com a criação de unidades menores, denominadas Núcleos de Reabilitação Profissional, em que foi introduzido o conceito de rede de prestação de serviços, buscando padronizar a técnica de atendimento em todo o país. Neste período foram criados os Centros de Reabilitação Profissional – CRP – que eram grandes unidades executivas auto-suficientes, existentes nas grandes capitais;
- O último período vem de 1995 até o momento atual: em 1999 a Previdência Social obteve uma nova estrutura, ocorrendo uma descentralização da reabilitação profissional, com a desativação dos CRPs, e no novo modelo criado em 2001 a ação de reabilitação passou para as equipes regionais menores denominadas Reabilita. MPAS (<http://www.previdenciasocial.gov.br>).

Na estrutura organizacional do INSS atualmente as Equipes Técnicas de Reabilitação Profissional (ERPAP) estão inseridas nas diversas Agências que são coordenadas pelas Gerências de Benefícios. As funções básicas de reabilitação profissionais foram determinadas com a publicação do Decreto nº 2172/97 e da Resolução INSS/PR nº 424/97 quando foram assim definidas:

- Avaliação da capacidade laboral residual;
- Orientação e acompanhamento da programação profissional;
- Articulação com a comunidade para reingresso no mercado de trabalho;
- Acompanhamento e pesquisa de fixação no mercado de trabalho.

As resoluções do INSS nºs 720 e 960 de 24/04/96 e 25/06/97 ratificaram algumas diretrizes no sentido de buscar parcerias internas e externas; descentralização e ampliação da rede de atendimento com a criação de unidades de Extensão e o incentivo à utilização de Equipes Volantes; criação de um sistema de informações para melhor acompanhamento e avaliação dos resultados e a divulgação da Reabilitação Profissional para encontrar recursos da comunidade necessários ao alcance de seus objetivos.

Esta nova legislação modificou substancialmente a Reabilitação do INSS: havia uma estrutura física e de recursos humanos que proporcionava, além de procedimentos de recuperação física como fisioterapia e terapia ocupacional, a possibilidade de aprendizado de uma nova profissão, a reabilitação profissional passou a ser desenvolvida por alguns profissionais. De acordo com Takahashi (2000) houve uma substancial diminuição na quantidade de serviços oficiais de reabilitação profissional, que em 1993 eram 46 para todo o Brasil, e em 1994 havia 2.122 profissionais para realização do trabalho em todo o território nacional. Na década de 2000 estes serviços foram totalmente desativados, havendo a criação do Reabilita (subprograma nas agências de benefícios da Previdência Social).

Segundo Takahashi e Iguti (2008) as modificações introduzidas na Previdência Social desde a década de 90 não reconheceram os principais problemas dos trabalhadores identificados pela Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador (1993), pois os segurados continuam adoecendo, se acidentando no trabalho, e as instituições responsáveis

(Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social e Ministério do Trabalho) permanecem desarticuladas e sem ação frente ao poder empresarial. Essa situação se agrava quando o trabalhador incapacitado não tem a oportunidade de superar sua desvantagem, participando de um programa de reabilitação ocupacional.

Maeno e Vilela (2010) chamam a atenção para a falta de qualidade no processo de reabilitação profissional na atual estrutura da Previdência Social, onde impera a preocupação com o desempenho quantitativo do programa.

A literatura apresenta estudos a respeito do tema que demonstram a importância da reabilitação ocupacional na saúde do trabalhador.

Em nível internacional, Ahlgreen e Hammarstron (1999) concretizaram estudo com o objetivo de determinar se os investimentos feitos na Suécia em reabilitação ocupacional aumentaram o nível de retorno ao trabalho. A população alvo foram os trabalhadores abaixo de 30 anos que relataram diagnóstico de LER/DORT nos escritórios de Seguridade Social entre 1990 a 1994 (266 pessoas). Os resultados demonstraram que esses trabalhadores estavam mais propensos a voltar ao trabalho durante a realização da reabilitação ocupacional.

Noreik e Grunfeld (1995) avaliaram um programa de reabilitação coordenado por um escritório regional de seguridade social na Noruega. Os autores fizeram um acompanhamento de 103 pacientes, na maioria mulheres, com diagnósticos psiquiátricos e de síndrome de dor músculo esquelética, que estavam em processo de reabilitação. No final de três anos obtiveram como resultado: 84% destes pacientes ainda se encontravam em reabilitação médica e recebiam benefícios; 8% haviam recebido uma aposentadoria por invalidez e apenas 4% se encontravam independentes do sistema de seguro social. A conclusão foi de que esse sistema não tem funcionado por causa de uma falta de planejamento e implementação de sistemática de medidas mais adequadas de reabilitação médica e profissional. Além disso, o mercado de trabalho também deve realizar um esforço no sentido de proporcionar mais empregos a estas pessoas.

No Brasil, Maeno e Vilela (2010) apresentam a importância de programas de reabilitação profissional, após definições conceituais de incapacidade, que possam efetivamente contribuir na reinserção de trabalhadores, e destacam o desafio do processo para aqueles cujas graves patologias exigem intervenções específicas. Os autores consideram a reabilitação profissional como um processo de inclusão social, e parte integrante de um estado de bem estar social.

METODOLOGIA

Para o presente artigo foi realizado inicialmente um levantamento bibliográfico sobre o tema reabilitação profissional, e chamou a atenção a pouca disponibilidade de literatura sobre o tema, e conforme informam Takahashi, Kato e Leite (2010) ela é recente e escassa; por outro lado as autoras reforçam a necessidade de realização de práticas e estudos sobre o tema, especialmente quando se observam as estatísticas de incapacidade fornecidas pelo último censo demográfico brasileiro, em que 14% da população brasileira apresenta algum tipo de deficiência ou incapacidade.

Houve também a contribuição de experiência profissional das autoras na execução de um programa de reabilitação ocupacional interno de um banco federal. A atuação das autoras é na cidade de São Paulo.

O programa acima citado é de um banco com filiais em todo o Brasil, cuja operacionalização está a cargo das diversas gerências de gestão de pessoas, localizadas nas principais capitais do país. Em São Paulo existe uma equipe multiprofissional responsável pela coordenação regional e operacionalização do programa, composta por médico do trabalho, médico psiquiatra, psicólogo e assistente social. O objetivo do programa conforme descrito nos manuais internos é assegurar as condições para a reinserção ou readequação do trabalhador ao ambiente de trabalho, e sua reabilitação ocupacional.

O público alvo do programa são bancários em retorno ao trabalho após afastamento por auxílio doença superior a 180 dias; em retorno ao trabalho após afastamento por acidente de trabalho; encaminhados pela reabilitação profissional do INSS. Podem ser incluídos no programa, mediante demanda, após a análise da equipe do programa, ou por detecção da própria equipe, os trabalhadores: em afastamentos inferiores a três dias, repetidos nos últimos 60 dias, por patologias que sugerem inadequação ou sofrimento biopsicossocial; em retorno ao trabalho após outros afastamentos iguais ou superiores a 180 dias, em situações não previstas nos itens acima, ou encaminhados pelo médico do trabalho (PCMSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional).

É importante ressaltar que a participação no programa é voluntária, e o trabalhador pode solicitar seu desligamento e/ou inscrição a qualquer tempo.

O programa é dividido nas seguintes fases:

- Triagem, identificação da capacidade laboral, definição de atividades e adequação do posto de trabalho: a definição de posto de trabalho e atividades condizentes com o quadro identificado.
- Potencialização laboral e acompanhamento: acompanhar o retorno, orientando os gestores e a equipe que irá recepcionar o trabalhador.
- Avaliação e conclusão: acompanhar a execução do programa, e concluí-lo, quando for o caso.

Atualmente são acompanhados no programa 391 trabalhadores portadores de patologias diversas, e com graus diferenciados de capacidade laboral.

RESULTADOS

É importante ressaltar que a reabilitação ocupacional aqui é entendida da mesma forma como aquela apresentada por Maeno e Vilela (2010) de que possa vir a se tornar realmente um processo de reinclusão social do trabalhador adoecido durante sua atividade laboral.

O Decreto nº 4.729 de 09/06/2003 (BRASIL, 2003) informa que aos segurados elegíveis para o programa de reabilitação ocupacional deve-se assegurar a articulação com a comunidade, mediante a celebração de convênio para a reabilitação física. Toldrá et al. (2010) ressaltam que a falta ou a demora no encaminhamento para a reabilitação demonstram a desarticulação nesta área, situação que dificulta ainda mais a recuperação dos trabalhadores, e conseqüentemente seu retorno ao trabalho.

Apesar da Previdência Social não ter sido privatizada ao longo dos últimos anos, suas ações e ordens internas caminham para uma atuação de contenção de custos, semelhante às seguradoras privadas. Como apresentam Maeno e Vilela (2010) a preocupação da Previdência Social tem sido de estabelecer regras que levem a um resultado quantitativo de diminuição de custos. Os autores apresentam alguns casos em que deixam claro o repasse da responsabilidade da reabilitação profissional para as empresas.

O novo enfoque da Previdência em relação aos benefícios de incapacidade é de que a perícia médica e a reabilitação devem sempre caminhar juntas, no sentido de diminuir o tempo das licenças, buscando agilizar o retorno ao trabalho daqueles segurados que foram afastados do

trabalho, havendo ou não seqüelas. Na experiência obtida no desenvolvimento do programa de reabilitação ocupacional anteriormente descrito, pode – se dizer que são raros os casos de trabalhadores encaminhados ao Reabilita do INSS, a grande maioria são devolvidos ao trabalho imediatamente após a realização da perícia médica, mesmo que não haja capacidade laboral, devendo o médico do trabalho do banco realizar esta análise.

Na visão dos profissionais que atuam no programa de reabilitação ocupacional interno do banco, existem dificuldades no atendimento. A princípio foram observados dois problemas: o primeiro problema foi detectado na perícia médica do INSS que por vezes não procura compreender a situação do trabalhador de maneira mais adequada, finalizando benefícios, e os resultados destas perícias não têm contribuído para o restabelecimento do trabalhador. Assim, alguns trabalhadores que deveriam ficar afastados, recebem alta, e para outros em que é necessário o retorno ao trabalho, isso não ocorre.

Como explicitado por Maeno e Vilela (2010) a Previdência Social através de seus órgãos de perícia e reabilitação delegam às empresas a responsabilidade pela recuperação do trabalhador, ainda sem condições de retomar suas atividades laborais. Na execução do programa do banco, em muitos casos é reconhecida a necessidade de um tempo maior de afastamento do trabalho, mas não há respaldo legal, nem administrativo, dificultando o processo de reabilitação, tornando complexo o retorno ao trabalho, pois ainda persistem seqüelas importantes da doença.

Desta forma o INSS que deveria colaborar no sentido da recuperação do trabalhador, acaba tornando-se um fator que dificulta o processo de reabilitação ocupacional. Apesar de ter o papel de análise da situação de saúde do trabalhador, se tornou apenas o auditor, trazendo tensão a seus beneficiários, que não sabem qual será o comportamento do médico durante a perícia no INSS. É comum no desenvolvimento do programa interno do banco ocorrerem depoimentos dos trabalhadores com reclamações sobre a maneira como são atendidos no INSS, eles dizem que os médicos não analisam de forma adequada suas condições de saúde, por vezes não acreditam no adoecimento, inclusive ofendendo e criticando os profissionais assistentes, como se todo o quadro de doença apresentado fosse inventado. Essa forma de retornar o trabalhador às suas atividades laborais traz sérias conseqüências, dificultando a ambientação profissional.

O segundo problema está relacionado à ação diagnóstica e tratamento, pois pôde – se perceber durante a execução do programa interno do banco que a grande maioria dos profissionais de saúde não está preparada para o atendimento em saúde do trabalhador, deixando

de investigar esta área da vida da pessoa. Inclusive, durante o atendimento no programa acima descrito, em alguns casos, após realização de exames clínicos e alguns complementares, foi percebido um diagnóstico incorreto, cujo tratamento também estava sendo realizado de maneira inadequada. Os profissionais assistentes poderiam colaborar com o fortalecimento físico, psicológico e social dos trabalhadores para retomarem suas atividades laborais.

De acordo com Toldrá et al. (2010) é preciso haver o comprometimento de todas as esferas relacionadas com a reabilitação profissional, ou seja considerá-la como um processo de atendimento global do trabalhador, envolvendo as empresas em todo os níveis, da prevenção à reinserção no trabalho. E pelo exposto pode-se dizer que as instituições que lidam com a reabilitação profissional não têm colaborado para o sucesso do processo de retorno ao trabalho.

Através dos dados obtidos no programa citado é possível perceber - se que houve um aumento significativo de afastamentos por distúrbios psiquiátricos, que são as patologias reconhecidas como doenças mentais, como por exemplo, depressão, transtorno bipolar, entre outras. Elas são identificadas pelos médicos psiquiatras assistentes e por eles categorizadas a partir do Código Internacional de Doenças (CID X). Se há dez anos o maior número de afastamentos eram causados pela LER/DORT hoje o quadro é diferente.

No acompanhamento dos trabalhadores portadores destes distúrbios psíquicos em seu retorno ao trabalho, verifica-se que a situação de maior conflito é a atividade de atendimento ao público. Considerando que estas pessoas são bancários, esta é uma tarefa inerente ao trabalho bancário. A expectativa dos clientes, dos gestores, dos colegas, do banco, e porque não dizer da sociedade, é que o bancário preste um bom atendimento, seja eficiente e eficaz. Vale ressaltar que as equipes das agências são cobradas pelo desempenho do grupo, ou seja, todos os trabalhadores contam no alcance dos resultados, não importando suas condições laborais. Este fato pode gerar um estranhamento entre os grupos e os adoecidos, dificultando ainda mais a readaptação do trabalhador.

DISCUSSÃO

Pela experiência obtida no desenvolvimento do programa de reabilitação interno do banco, pode-se constatar a falta de investimento público e privado neste setor, a reabilitação profissional oficial é ineficiente, ficando como uma responsabilidade da empresa, que nem sempre está disponível ou possui recursos para proporcionar um retorno

ao trabalho adequado aos seus trabalhadores afastados do trabalho por doença.

Esta situação foi estudada por Simonelli et al. (2010) que afirmam que o programa do INSS para reabilitação, denominado Reabilita, não presta atendimento no sentido da recuperação física do trabalhador, é de entendimento por aquele órgão que, no momento da reabilitação o trabalhador encontra-se com o seu quadro de saúde estável; por este motivo o Reabilita trata de encaminhar o trabalhador para a respectiva empresa, para execução de tarefa compatível com sua capacidade laboral.

Maeno (2001) em seu estudo identificou as falhas no atendimento da reabilitação profissional oficial, apontando a dificuldade tanto do aparelho estatal no que diz respeito à prevenção dos agravos à saúde do trabalhador, quanto à falta de uma política de reabilitação profissional por parte das empresas, ficando para o trabalhador o ônus da reabilitação.

Com base na experiência com o programa de reabilitação ocupacional do banco, pode-se inferir que as empresas também não estão preparadas para receber os trabalhadores em seu retorno às atividades laborais, especialmente se consideradas as restrições adquiridas, com todas as implicações que este fato traz. Esta situação fica mais complexa quando não se consegue identificar as possibilidades laborais e se encontrar local e tarefas adequadas ao quadro de saúde do trabalhador, podendo gerar agravamento das restrições laborais e conseqüentemente, dificultar o retorno ao trabalho.

A reabilitação profissional é um processo complexo, existindo diversidade e contradições nesta situação, mas, apesar disso, ela é possível de ser realizada, e pode representar uma melhora na qualidade de vida do trabalhador, bem como uma diminuição do custo social.

Existem alternativas bem sucedidas de atendimento público nesta área, como por exemplo, o apresentado por Takahashi e Canesqui (2003) que realizaram pesquisa em reabilitação profissional no sentido de reconstruir o programa implementado pela equipe de LER (lesões por esforços repetitivos) do CRP – Campinas em São Paulo e avaliar seus resultados. O modelo de intervenção adotado contava com um modo de atenção integral e integrado, reconhecendo as dimensões físicas, emocionais, relacionais e sociais, procurando resgatar a autonomia dos adoecidos não só para o trabalho, como para a vida. Para tanto articulou reabilitação com prevenção, estabelecendo parcerias interinstitucionais, utilizando uma das cinco equipes de reabilitação ocupacional que atuavam no CRP – Campinas, contando com três assistentes sociais, um sociólogo, dois médicos, três psicólogos, dois fisioterapeutas e dois terapeutas ocupacionais. Como resultados obtiveram: a intervenção atingiu um grau

de efetividade alta, quando alcançou 64% no resgate da autonomia da clientela atendida e, este efeito positivo levou-as a concluir que esse modelo foi capaz de aliviar o sofrimento de muitas pessoas, ampliando o debate sobre o tema e contribuindo para o reconhecimento social dessa problemática no município de Campinas.

Nordstrom e Moritz (1998) realizaram estudo sobre projeto de cooperação técnica entre o Hospital universitário Lund (Suécia) e a Unidade de Saúde Ocupacional para reabilitação de 34 empregados do Hospital com diagnóstico de LER/DORT tratados por uma equipe multidisciplinar, utilizando testes e avaliações para dor, índices de saúde e qualidade de vida. Este grupo foi comparado a um grupo referência composto por 57 sujeitos submetidos à reabilitação ocupacional da Unidade de serviço de Saúde Ocupacional do Departamento De Pessoal do referido hospital. Os grupos foram seguidos entre 2 a 4 anos, utilizando-se questionário sobre as condições de trabalho e o nível de saúde. Houve uma significativa diferença entre os dois grupos: 77% do grupo de intervenção retornaram ao trabalho com sucesso, enquanto somente 58% do grupo referência conseguiram este resultado, comprovando-se a eficácia do tratamento multidisciplinar.

Sokoll (2001) apresentou o exemplo dado pelo Canadá de mudança de paradigmas relacionados à reabilitação ocupacional: conceitos como administrar, controlar, entender o trabalhador como suspeito, com foco interno e no indivíduo, mudaram para liderar, aplicar técnicas, dar credibilidade ao trabalhador, com foco no cliente e na equipe.

Vasconcelos e Oliveira (2004) informam que a maioria dos trabalhadores considera o trabalho como único elo social fora do convívio familiar; e então quando o trabalhador encontra-se afastado do trabalho, pode haver conseqüências para a sua saúde mental, pelo significado e reconhecimento social do mesmo, e a sua falta pode levar à desvalorização social. Os achados da pesquisa de Toldrá et al. (2010) corroboram estas afirmações, trabalhadores que permanecem por longos períodos afastados do trabalho ou os desempregados, apresentam dificuldades de firmar projetos futuros, apresentando dificuldade nos relacionamentos de trabalho e sociais.

Na vivência do desenvolvimento do programa de reabilitação ocupacional interno do banco, o contato foi estabelecido com pessoas que foram afastadas do trabalho, em virtude de adoecimento por diversas razões. No retorno às suas atividades laborais apresentam dificuldades de adaptação, pois além das características próprias do adoecimento, se deparam com obstáculos advindos de toda a problemática abordada acima. No atendimento a estes trabalhadores foi constatado que o sentimento de inclusão, a possibilidade de desenvolver novas habilidades

e a sensação de ser útil, bem como o apoio social dos colegas e gestores, são facilitadores do processo de retorno ao trabalho.

CONCLUSÕES

Após estas considerações, pode-se dizer que são muitas as variáveis que influenciam a vida no trabalho e o bem estar do trabalhador. O trabalhador que nos referimos aqui é o bancário que, além das variáveis sociais a que está submetido como cidadão do mundo, também sofre as interferências diretas do nervosismo contemporâneo, por lidar diretamente com o dinheiro; objeto que não lhe pertence, e que em muitas ocasiões ele não possui em quantidade suficiente para suprir suas próprias necessidades.

O diálogo em torno da reabilitação ocupacional deve ser ampliado, especialmente entre as instituições que lidam com a saúde do trabalhador e a reabilitação profissional; não há dúvidas de que a prevenção do adoecimento vem em primeiro lugar, porém é preciso reconhecer a existência do adoecimento dos trabalhadores, que cresce a cada dia, e incluir a discussão da reabilitação profissional na pauta da saúde do trabalhador, no sentido de se aprimorar as ações a partir do afastamento do trabalho.

E no momento em que o trabalhador estiver em condições de retorno é necessária uma atuação conjunta entre profissionais de saúde, empresa, INSS e trabalhador, procurando estabelecer adequadamente as restrições físicas e psicológicas do trabalhador, possibilitar a escolha do local de trabalho, identificar tarefas que permitam ao trabalhador uma identidade pessoal e autonomia, procurar adequar o posto de trabalho e o ambiente físico às suas restrições laborais, proporcionar adequação de horários e pausas durante a jornada de trabalho, realizar treinamentos para atualização de conhecimentos, incentivar a cultura do bom relacionamento, criando mecanismos de avaliação gerencial quanto a estas questões. Além e, sobretudo, reconhecer que o sofrimento pessoal e social do trabalhador pode ter sido derivado do próprio ofício e ambiente laboral.

REFERÊNCIAS

AHLGREN, C.; HAMMARSTRON, A. Has increased focus on vocational rehabilitation led to an increase in young employees' return to work after work-related disorders? *Scandinavian Journal of Public Health*, v. 27, n. 3, p. 220-227, 1999.

BRASIL. Decreto Nº 4.729 - de 9 de junho de 2003 - DOU de 10/6/2003. Altera dispositivos do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/2003/4729.htm>>.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. *Previdência Social*. Disponível em <<http://www.previdenciasocial.gov.br>>.

CARVALHO, C. E. S. et al. Tenossinovite ocupacional: um novo conceito em processamento de dados. *Revista Segurança e Prevenção*, v. 18, primeira parte, p. 8-10, ago. 1986.

HARVEY, D. *A condição pós moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural*. São Paulo: Loyola; 1993.

MAENO, M. *Reinserção de trabalhadores com lesões por esforços repetitivos no mercado de trabalho*. 2001. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

MAENO, M.; VILELA, R. A. de G. Reabilitação profissional no Brasil: elementos para a construção de uma política pública. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 35, n. 121, 2010.

NORDSTROM-BJORVERUD, G.; MORITZ U. Interdisciplinary rehabilitation of hospital employees with musculoskeletal disorders. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, v. 30, n. 1, p. 331-37, mar., 1998.

NOREIK, K.; GRUNFELD, B. Rehabilitation status at a regional social insurance Office experiences with 103 clients at Grunerlokka – Sofienberg office. *TidssknnorLaegeforen*, v. 115, n. 14, p. 1718-1720, May 30, 1995.

SIMONELLI, A. P. et al. Proposta de articulação entre abordagens metodológicas para a melhoria do processo de reabilitação profissional. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 35, n. 121, p. 64-73, 2010.

SOKOLL, G. Service orientation in health care: indicators for more quality: the example of occupational accidents. In: STRATEGIES for more efficient and more effective social security. Genève: ISSA, 2001. p. 77-88.

TAKAHASHI, M. A. B. C. *Avaliação em reabilitação profissional: a experiência de adoecer por LER e o resgate da autonomia: uma trajetória singular*. 2000. Mestrado (Dissertação) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

TAKAHASHI, M. A. B. C.; CANESQUI, A. M. Pesquisa avaliativa em reabilitação profissional: a efetividade de um serviço em desconstrução. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1473-1483, 2003.

TAKAHASHI, M. A. B. C.; IGUTI, A. M. As mudanças nas práticas de reabilitação profissional da Previdência Social no Brasil: modernização ou enfraquecimento da proteção social? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2661-2670, 2008.

TAKAHASHI, M. A. B. C.; KATO, M.; LEITE, R. A. O. Incapacidade, reabilitação profissional e saúde do trabalho: velhas questões, novas abordagens. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 35, n. 121, p. 7-9, 2010.

TOLDRÁ, R. C. et al. Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência em um Centro de Referência em saúde do trabalhador – São Paulo, *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 35, n. 121, p. 10-22, 2010.

VASCONCELOS, Z. B.; OLIVEIRA, I. D. (Orgs.). *Orientação vocacional: alguns aspectos teóricos, técnicos e práticos*. São Paulo: Vetor, 2004.

Apresentado em 09/03/2013

Aprovada em 24/03/2013

Versão final apresentada em 19/04/2013