

**FACULDADE DE MEDICINA  
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**AFASTAMENTO POR LICENÇA-SAÚDE, READAPTAÇÃO  
FUNCIONAL E SUAS IMPLICAÇÕES NO GERENCIAMENTO DE  
ENFERMAGEM**

**Orientanda: Joseli Maria Batista**

**Orientadora: Carmen Maria Casquel Monti Juliani**

**UNESP - Botucatu**

**2008**

**Joseli Maria Batista**

**AFASTAMENTO POR LICENÇA-SAÚDE, READAPTAÇÃO  
FUNCIONAL E SUAS IMPLICAÇÕES NO GERENCIAMENTO DE  
ENFERMAGEM**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-  
Graduação, do Mestrado Profissional em  
Enfermagem, da Faculdade de Medicina de  
Botucatu, para a obtenção do título de Mestre.**

**Orientadora: Carmen Maria Casquel Monti Juliani**

**UNESP - Botucatu**

**2008**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA DE AQUISIÇÃO E TRATAMENTO  
DA INFORMAÇÃO  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
*BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: Selma Maria de Jesus*

Batista, Joseli Maria.

Afastamento por licença-saúde, readaptação funcional e suas implicações no gerenciamento de enfermagem / Joseli Maria Batista. – Botucatu : [s.n.], 2008

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2008.

Orientadora: Carmen Maria Casquel Monti Juliani

Assunto CAPES: 40400000

1. Enfermagem como profissão 2. Enfermeiros - Doenças 3. Serviços de enfermagem - Administração 4. Saúde do trabalhador

CDD 610.73

Palavras-chave: Enfermagem; Gerência; Licença-médica; Recursos humanos em saúde; Saúde do trabalhador

## Dedicatória

*Dedico este trabalho ao meu querido pai, Irineu Domingues Batista, pois onde ele estiver, sei que estará orgulhoso, pois sempre nos incentivou a estudar e, assim, desempenharmos nosso trabalho com qualidade.*

*Precocemente ele nos deixou...*

*Talvez por se dedicar muito ao seu trabalho e....*

*Esquecer de cuidar de sua saúde...*

*Te amo Pai!*

## *Agradecimentos Pessoais*

*São várias pessoas que meu sentimento é a mais profunda gratidão...*

*Citarei aquelas com que contei nos momentos mais difíceis, portanto os que ficam mais marcados em nossa memória.*

*Aqueles que, porventura eu não citar, sintam-se homenageados também, pois cada um sabe quando, quanto e como me apoiou neste trabalho.*

*A primeira sempre: Ao Senhor Deus-Pai, Deus-Filho e Deus Espírito Santo!  
A Santíssima Trindade que nunca me abandonou ou abandonará! Tenho certeza absoluta!*

*À minha maravilhosa, amada e querida mãe Lourdes, que esteve sempre orando por mim! A estrada é longa mãe, mas com você intercedendo sempre me senti muito segura e protegida! Obrigada! Te adoro muito!*

*Ao meu amado companheiro de todas as horas, Júnior e aos meus abençoados filhos, Larissa e Luiz Netto. Obrigada pela paciência e desculpem-me o mau-humor, as angústias e cobranças... Vocês fazem parte desta minha vitória! Meu amor por vocês é infinito!*

*À toda minha família, principalmente às minhas irmãs, Diva Léa e Irinéa, exemplos de dedicação aos estudos e ao trabalho acadêmico, bem como nas "dicas" e correções técnicas. A minha irmã e comadre Carla, por ter entendido que neste momento, apesar de a amar muito, não pude lhe dar o apoio que precisava...Agora, pode contar comigo!!!! À Helenice pelo crédito de que eu iria conseguir e ao meu irmão Joseval, porque sei que mesmo não se expondo muito, também acreditou em mim!*

*Vocês são a minha vida!!!!*

*À minha amada sogra, Helena, pela sua sempre compreensão de minha ausência em momentos que precisou de mim... E à minha cunhada, Lúcia, que segurou tanta "bronca" sozinha, mas sempre me apoiou e motivou! Amo vocês demais!!*

*E, por último, mas não menos importantes, aos meus amigos, Rose e Geraldo, que através deles, faço presente toda a nossa turma dos churrascos, agradeço o apoio, a torcida, o orgulho que sei que sentem por eu estar conquistando mais essa!! Desculpem-me minhas ausências de nossos encontros! Estou voltando....*

*Deus abençoe a todos!*

## Agradecimentos Oficiais

Agradeço muito minha cara orientadora e amiga, Dra. Carmen Maria Casquel

Monti Juliani, pois sem a sua sensatez, sua paciência, seu enorme conhecimento de como lidar com o ser humano, nós não teríamos conseguido chegar aonde chegamos! Você é maravilhosa e estará sempre em minhas lembranças e meu coração! Muito obrigada!

À querida professora e amiga Silvia Cristina Mangini Bocchi, pela sua atenção e percepção de um momento em que, quase, desisti... Sua sensibilidade me fortaleceu e... Estamos terminando mais esta etapa! Não te esquecerei jamais!

Ao professor Dr. Jairo Aparecido Ayres, pela contribuição em meu crescimento emocional e acadêmico!

A nossa forte coordenadora, Dra. Cristina Maria Garcia de Lima Parada, que sempre esteve junto conosco em todos os momentos. Você é uma vencedora e tenho muito orgulho de fazer parte da Primeira Turma de Mestrado Profissional do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina- UNESP- Botucatu.

A todos os demais professores e funcionários do Departamento de Enfermagem, da biblioteca e da seção de pós-graduação meus sinceros agradecimentos.

À Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo, por acreditar e investir nos profissionais da saúde.

Obrigada.

Um homem também chora  
Menina morena  
Também deseja colo  
Palavras amenas  
Precisa de carinho  
Precisa de ternura  
Precisa de um abraço  
Da própria candura  
Guerreiros são pessoas  
São fortes, são frágeis  
Guerreiros são meninos  
No fundo do peito  
Precisam de um descanso  
Precisam de um remanso  
Precisam de um sonho  
Que os tornem refeitos  
É triste ver este homem  
Guerreiro menino  
Com a barra de seu tempo  
Por sobre seus ombros  
Eu vejo que ele berra  
Eu vejo que ele sangra  
A dor que traz no peito  
Pois ama e ama  
Um homem se humilha  
Se castram seu sonho  
Seu sonho é sua vida  
E a vida é trabalho  
E sem o seu trabalho  
Um homem não tem honra  
E sem a sua honra  
Se morre, se mata  
Não dá pra ser feliz  
Não dá pra ser feliz  
Não dá pra ser feliz  
Não dá pra ser feliz

Música : "Guerreiro Menino"  
Autor: Raimundo Fagner

## RESUMO

### **Afastamento por licença-saúde, readaptação funcional e suas implicações no gerenciamento de enfermagem.**

As atividades laborais ocupam na vida do ser humano espaço especial. Atualmente, há uma maior preocupação relacionada à saúde do trabalhador, principalmente na área da saúde dada a variedade de riscos ocupacionais. O trabalhador de saúde presta assistência ao cliente, mas acaba negligenciando sua própria saúde. O afastamento por licença-saúde é problema relevante na gestão dos serviços de saúde. Da preocupação com as causas de afastamento por doença e com o processo de readaptação funcional, foi proposta essa investigação, tendo como foco os profissionais de enfermagem. O **objetivo foi** Identificar as causas que desencadeiam o afastamento para tratamento de saúde, na equipe de enfermagem e compreender a vivência dos sujeitos nos processos de readaptação funcional, em uma instituição hospitalar pública do interior paulista. **Metodologia:** Estudo de caráter quantitativo e qualitativo. Na etapa quantitativa foram realizadas a caracterização do perfil da equipe de enfermagem e o levantamento dos motivos de afastamentos para tratamento de saúde, no período de 2003 a 2007. Na fase qualitativa foram realizadas entrevistas para apreensão da vivência do profissional de enfermagem quanto ao processo de readaptação funcional, as quais foram analisadas utilizando Análise de Conteúdo proposta por Bardin. **Resultados:** Os resultados indicam, entre as causas de afastamento, a predominância de Transtornos mentais e Comportamentais, seguido das Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, a seguir as Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas (principalmente os entorse, fraturas e luxações) e em quarto lugar as Doenças do aparelho circulatório. Nos depoimentos vários núcleos de sentido evidenciam a problemática do processo de trabalho em enfermagem, constituindo as categorias “Organização do Trabalho”, “Trabalho em equipe”, “Afastamento e readaptação funcional” e “Gerenciamento da equipe”, gerando sugestões para a melhoria dos processos de gestão, comunicação e humanização nas relações profissionais e hierárquicas. **Considerações finais:** As quatro causas mais freqüentes representam 63,46% dos afastamentos. Os depoimentos evidenciam que o trabalho está intrinsecamente ligado à vivência da doença e do sofrimento, condenando o trabalhador de enfermagem por estar doente, gerando o silêncio deste diante de sua dor, recusando cuidados. O processo de readaptação funcional gera individual, profissional e socialmente, um sentimento de incompetência e culpa ao trabalhador. Importantes reflexões e mudanças de atitudes são urgentes e necessárias, subsidiando o gerenciamento da equipe através do “olhar” para saúde do trabalhador que, por conseqüência, implicara em melhoria na assistência prestada à população.

Palavras-chave: enfermagem; saúde do trabalhador; licença médica; recursos humanos em saúde; gerência.

## ABSTRACT

### **Time off or retraining due to illness and its implications in nursing management.**

Work activities have a special place in Man's life. There is currently great interest in worker's health, mainly in the area of health given the variety of occupational risks. The health worker looks after the client, but ends up neglecting his own health. Time of sick is a problem in health service management. This investigation was proposed due to worries about the causes of time off and retraining due to illness; it focused on nursing professionals. The **objective** was to identify the causes which triggered time off for health treatment in a nursing team, and to understand how individuals lived with job retraining in a public hospital institution in São Paulo State interior. **Methodology:** The study had a quantitative and qualitative character. The quantitative step characterized the profile of the nursing team and investigated the reasons for time off for treatment between 2003 and 2007. The qualitative phase consisted of interviews to understand how nursing professionals lived with the retraining process. Both were analyzed using Content Analysis as proposed by Bardin. **Results:** The main causes of time off were mental and behavioural disturbances, followed by osteomuscular system and conjunctive tissue diseases, lesions, envenoming, and other consequences from external causes (mainly strains, fractures, and dislocations), and in forth place, circulatory system diseases. The responses revealed problems in several areas of the nursing work process, "Work Organization", "Teamwork", "Time off and retraining", and "Team Management", generating suggestions for improving management, communication, and humanization process in professional and hierarchical relations. **Final Considerations:** The four commonest causes represented 63.46% of all time off. The responses revealed that work is intrinsically linked with living with disease and suffering, blaming the nursing worker for being ill, generating silence when faced with pain, refusing care. The retraining process generated individual, professional and social feelings of incompetence and guilt for the worker. Important reflection and attitude changes are urgently needed, supporting team management through "looking" at worker's health, which will consequently improve care given to the public.

Key-words: nursing; Occupational Health ; Sick Leave ; Health Manpower ; Management.

## SUMÁRIO

<b>PREÂMBULO</b> .....	13
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	17
1.1 Contexto do trabalho na enfermagem.....	19
1.2 Variáveis envolvidas no afastamento por licença-saúde.....	27
1.3 Gerenciamento em enfermagem e implicações no trabalho.....	34
1.4 Objetivos.....	45
<b>2. METODOLOGIA</b> .....	46
2.1 Campo de estudo.....	46
2.2 Instrumentos de coleta.....	47
2.3 Procedimentos de coleta.....	48
2.4 Aspectos éticos.....	49
2.5 Procedimentos de análise.....	50
<b>3. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	53
3.1 Análises quantitativas.....	53
3.2 Análises qualitativas.....	78
<b>4. CONSIDERAÇÕES</b> .....	137
<b>5. SUGESTÕES</b> .....	144
<b>6. REFERÊNCIAS</b> .....	147
<b>7. ANEXOS</b> .....	158
7.1 Anexo I Classificação Internacional das Doenças – revisão 10.....	158
7.2 Anexo II - Formulário de coleta de dados.....	159
7.3 Anexo III - Roteiro semi-estruturado para entrevista.....	160
7.4 Anexo IV - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	161
7.5 Anexo V - Autorização do Comitê de Ética e Pesquisa.....	162
7.6 Anexo VI - Justificativa de alteração de título do projeto de pesquisa.....	163
7.7 Anexo VII - Depoimentos na íntegra.....	164
7.8 Anexo VIII - – Dimensionamento de Recursos para a Enfermagem.....	190

## Lista de Figuras

Figura 1 - Proporção do quadro de recursos humanos e equipe de enfermagem no hospital do estudo. Assis, 2003 a 2007.....	54
Figura 2 - Afastamentos por licença-saúde e proporção na equipe de enfermagem em relação ao total de afastamentos-saúde no hospital do estudo. Assis, 2003 a 2007....	55
Figura 3 -- Afastamentos por licença-saúde, por categoria da equipe de enfermagem no hospital do estudo. Assis, 2003 a 2007.....	57
Figura 4 - Índice de licenças por categoria profissional de enfermagem no hospital do estudo. Assis, 2003 a 2007.....	59
Figura 5 - Quantidade de funcionários em licença-saúde por categoria no hospital do estudo. Assis, 2003 a 2007.....	60
Figura 6 Número de licenças-saúde por funcionário, considerando licenças totais, no hospital do estudo. Assis, 2003 a 2007.....	61
Figura 7 - - Média de licenças-saúde por gênero no hospital do estudo. Assis, 2003a 2007.....	62
Figura 8 - Licenças-saúde por faixa etária e gênero no hospital do estudo. Assis, 2003a 2007.....	64
Figura 9 - Média da faixa etária da equipe de enfermagem em afastamento por licença-saúde no hospital do estudo. Assis, 2003 a 2007.....	65
Figura 10 - Número de licenças-saúde por categoria da equipe de enfermagem e faixa etária no hospital do estudo. Assis, 2003 a 2007.....	67
Figura 11 - Dias de afastamento por licença-saúde por ano no hospital estudado. Assis, 2003 a 2007.....	68
Figura 12 - Dias de afastamento por licença-saúde e faixa etária da equipe de enfermagem no hospital do estudo. Assis, 2003 a 2007.....	69

Figura 13 - Dias de afastamento por licença-saúde por categoria profissional no hospital do estudo. Assis, 2003 a 2007. ....	70
Figura 14 - Dias de afastamento por licença-saúde por gênero no hospital do estudo. Assis, 2003 a 2007.....	71
Figura 15 - . Motivos dos afastamentos por licença-saúde nas categorias profissionais da equipe de enfermagem, tendo como referencia o CID 10, no hospital do estudo. Assis, 2003 a 2007.....	72
Figura 16 - Causas dos afastamentos na equipe de enfermagem, por faixa etária acima ou abaixo de 50 anos no hospital do estudo. Assis, 2003 a 2007.....	77

#### **Lista de Quadros**

Quadro I - Classificação dos principais riscos ocupacionais em grupos, de acordo com a sua natureza e a padronização das cores correspondentes.....	31
Quadro II - Construção das categorias e temas emergidos dos depoimentos.....	79

## PREÂMBULO

O desejo de realização deste estudo surgiu nos primórdios de minha vida profissional como enfermeira, pois desde os estágios curriculares, a sensação de exacerbada responsabilidade, depositada no enfermeiro e equipe de enfermagem, para o sucesso das ações de assistência a saúde prestada aos usuários, era notória e carregada de cobranças, tanto de clientes e familiares, como de superiores e subordinados. Em contrapartida, a subvalorização desses profissionais gerava desmotivação e insatisfação que, por vezes, levavam ao afastamento deles da profissão.

Várias reflexões nesse sentido foram realizadas, ainda em minha graduação, na qual o acompanhamento psicológico acadêmico surgiu como uma estratégia de suporte emocional para os conflitos durante a formação profissional.

Em minha experiência profissional, tive diversas oportunidades de trabalhar com as equipes de enfermagem e, por meio dessas vivências, continuei a perceber a importância da saúde do trabalhador.

Ao atuar na área de tisiologia durante 11 anos, a preocupação com a Saúde do Trabalhador na Instituição sempre esteve presente, inclusive através da realização de Teste de Mantoux todos os anos e como exame pré-admissional. Ao término do meu sétimo ano atuando como enfermeira assistencial, meu teste tuberculínico positivou e precisei realizar a quimioprofilaxia específica. Além disso, treinamentos eram realizados anualmente para capacitação de toda a equipe, bem como reuniões semanais com a equipe de enfermagem, enfatizando a prevenção. Nesse período,

também atuei como monitora do Projeto Larga Escala, com o objetivo de capacitar os atendentes em auxiliares de Enfermagem, e a questão de educação e prevenção também estava presente.

Há 13 anos, solicitei minha transferência para o interior de São Paulo, à procura de melhores condições de vida e, conseqüentemente de trabalho, atuando no âmbito da Regional de Saúde em Vigilância Epidemiológica e Sanitária, Núcleo de Planejamento, Unidade de Avaliação e Controle, Núcleo de Informação e Central de Agendamento Regional. No setor de vigilância, tanto sanitária como epidemiológica, é fundamental o aspecto de prevenção e promoção à saúde, inclusive ambas devem atuar em conjunto na Saúde do Trabalhador, mas a realidade era falha nesse sentido, priorizando a questão ligada aos usuários em detrimento da equipe. Em nível administrativo, as ações eram incipientes, denotando uma priorização pelos superiores, para a questão de cumprimento de normas e prazos, sobrepondo esta a qualquer outra necessidade. Com isso não havia, na maioria das vezes, a observação e respeito às dificuldades, seja de saúde física, emocional ou social dos membros da equipe, o que ficou marcado em minha vivência profissional como um período muito difícil.

Ao solicitar transferência para o hospital em que realizei o estudo, a recepção foi agradável, inclusive sendo que pude perceber uma gestão participativa quanto aos processos decisórios na diretoria de enfermagem. Mas isso não se manteve por muito tempo, pois essa atitude não se estendia a todos os profissionais de enfermagem ou categorias profissionais, dependendo pessoalmente de cada chefia e equipe. As licenças médicas e afastamentos não eram na sua totalidade acompanhadas e as chefias não se envolviam com

tal realidade, bem como os processos de readaptação funcional aconteceram de forma sofrida e traumática, denotando a falta de atenção e capacitação das chefias para encarar tal situação.

O problema que se apresenta é que, numa sociedade capitalista, em que os sistemas se apóiam na lógica da produtividade e da racionalização de recursos, embora exista um discurso de preocupação com a saúde do trabalhador, esta não se traduz em ações efetivas no cotidiano. O que observamos são a sobrecarga de trabalho e, algumas vezes, a conivência dos dirigentes com condições de trabalho que depõem contra a qualidade de vida do trabalhador e, conseqüentemente, podem implicar negativamente na qualidade da assistência prestada.

Nesse sentido, destaca-se a importância de novas pesquisas sobre o processo saúde-doença na equipe de enfermagem nas instituições de saúde, e nesse caso, em instituição pública, pois esses estudos possibilitam conhecer a realidade do contexto que envolve as licenças por motivo de saúde e as readaptações funcionais. Além disso, essas pesquisas podem produzir sugestões de melhoria nas relações interpessoais entre os profissionais da própria equipe e demais profissionais de saúde. Isso poderá contribuir para ampla reflexão acerca da Saúde do Trabalhador e permitirá vislumbrar estratégias mais adequadas no sentido de, qualificar o processo de gerenciamento em enfermagem e, dentro dessa perspectiva, melhor orientar a equipe na situação de readaptação funcional, tendo como norte a recuperação e a saúde integral do trabalhador.

# 1 - INTRODUÇÃO

A saúde do trabalhador é uma das prioridades hoje estabelecidas para os serviços de saúde e a problemática apresentada se reflete nos casos de afastamento por licença saúde e, ainda nas situações onde se faz necessária a readaptação funcional, temas centrais deste estudo.

No Brasil, a partir de levantamentos realizados pela Previdência Social em 2005<sup>1</sup>, entre as principais causas de adoecimento aparecem as doenças do sistema ósteomuscular e tecido conjuntivo, predominando o Grupo M do Código Internacional de Doenças (CID-10), (Anexo I)<sup>2</sup>. Já no estado de São Paulo, em levantamento realizado pelo Departamento de Perícias Médicas do Estado (DPME), em 2006<sup>3</sup> são mais freqüentes as causas ligadas a Transtornos Mentais e comportamentais, grupo F do CID-10, perfazendo 31,69% do total de licenças saúde. No mesmo estudo, a Secretaria de Estado da Saúde ocupa o 2º lugar em número de licenças, sendo somente superada pela Secretaria de Estado da Educação.

Assim, a partir da preocupação com essa realidade e, com a motivação de melhor compreendê-la, esse estudo foi proposto no Hospital investigado. A identificação da problemática de que as licenças saúde pareciam estar crescendo, aliado a esse contexto, a deficiência de recursos humanos sentida nos últimos anos, bem como a conseqüente sobrecarga de trabalho, e a percepção de sofrimento do trabalhador diante da realidade da readaptação, desencadearam o processo de investigação, neste momento sendo concretizado por esta autora. Essa proposição partiu das seguintes perguntas:

quais as principais causas de afastamento por doença? E, como é vivenciado o processo de readaptação funcional?

Para melhor organizar o conteúdo teórico do estudo, a opção foi desenvolver as discussões em três temas: o primeiro, o “contexto do trabalho da enfermagem” com referencial histórico voltado para a dedicação intensa ao trabalho, a submissão a outros profissionais da área de saúde e a exposição aos riscos ambientais e psicossociais. Isso leva o trabalhador de enfermagem ao comportamento de afastar-se das atividades laborais somente quando seus agravos de saúde tornam-se insustentáveis, mesmo assim este se submete a uma auto-avaliação pejorativa de sua atitude, bem como esse mesmo julgamento de sua chefia e equipe de trabalho.

O segundo aborda “as variáveis envolvidas no afastamento por licença-saúde”, que se relacionam ao dimensionamento de recursos humanos, exposição aos riscos físicos, biológicos, químicos, ergonômicos e de agravos ocupacionais, e reflete acerca de resoluções para manutenção da qualidade de vida no trabalho e melhora no relacionamento interpessoal e no âmbito do trabalho. Utilizamos para classificação de riscos ocupacionais a Norma Regulamentadora nº 9 (NR-9), Programa de prevenção de riscos ambientais, da Portaria 3.214/78 do Ministério do Trabalho que Estabelece as Normas Regulamentadoras de Segurança e Saúde no Trabalho (MT, 1995)<sup>4</sup>.

O terceiro tema, “gerenciamento em enfermagem e as implicações no trabalho”, envolve a reflexão da importância do preparo das chefias na competência de observação de sua equipe de maneira integral e integradora, que possa, por meio do papel educativo e formador na liderança da equipe,

minimizar o surgimento de doenças relacionadas ao trabalho. Esses aspectos denotam a necessidade de qualificação profissional, principalmente do enfermeiro, que tem como atribuição incontestável, exercer a liderança da equipe em seu aspecto administrativo, provimento de recursos materiais, equipamentos, treinamentos e educação permanente, subsidiados pela constante supervisão e observação dessa equipe e de seu ambiente de trabalho, necessitando de uma visão humanística em todos esses momentos.

### **1.1 - O contexto do trabalho na enfermagem**

No mundo do trabalho, várias transformações vêm ocorrendo nas ultimas décadas, repercutindo na saúde do indivíduo e dos trabalhadores. Como traço característico do capitalismo, a intensificação laboral tem sobrecarregado e consumido as energias físicas e espirituais dos recursos humanos responsáveis pela produção<sup>5</sup>.

O trabalho desenvolvido pela saúde tem seu processo influenciado por esse cenário global, desencadeando um embrutecimento das relações interpessoais entre os profissionais e destes com os usuários do sistema de saúde pública. Com isso, há uma evidente degradação da atenção hospitalar que indicam modos de funcionamento dos serviços, com baixo grau de envolvimento das equipes em sua tarefa primária que é produzir saúde<sup>6</sup>.

Nesse modelo capitalista, a enfermagem se concebe como uma profissão desvinculada do mundo do trabalho, colocando-se, por vezes, acima e além desse mundo, exaltando qualidades de sacerdócio, bem, verdade e ciência, prejudicando o seu próprio entendimento<sup>7</sup>.

A enfermagem é uma das profissões da área de saúde das mais antigas. Sua especificidade é o cuidado ao ser humano ao longo de seu ciclo vital, inserido em uma comunidade, num contexto social, econômico e político, relacionando-se com seu semelhante emocional e espiritualmente. Tem como responsabilidade o desenvolvimento de ações de promoção da saúde individual e coletiva, orientações quanto à proteção de agravos relacionados à saúde e assistência, recuperação e reabilitação do ser humano para as suas atividades sociais.

Esses cuidados são desenvolvidos através da educação em saúde, do conforto durante a internação, do acolhimento do usuário, família e comunidade em todos os contatos, proporcionando o bem-estar e promovendo a autonomia do cidadão, quer pela assistência direta e pessoal, quer em grupos ou através da coordenação de programas e atividades setoriais.

Cuidar significa assistir ao ser humano em suas necessidades básicas, e esse é o caráter universal do cuidado e complementado na prática, o cuidado se apresenta de forma histórica e contextual<sup>8</sup>. Essa característica torna o processo de cuidar uma realidade complexa, considerando todas as variáveis que se aplicam no relacionamento e assistência ao ser humano.

Dentro do contexto de trabalho, a enfermagem é considerada por vários autores, como uma prática social que engloba aspectos relacionados aos saberes profissionais, ao contato e utilização de equipamentos e instrumental e à atuação no processo de relações entre o trabalhador e o usuário/paciente, no qual vínculos e cumplicidades são criados, e o profissional assume maior responsabilidade pelo sucesso do cuidado ao cliente<sup>8, 9,10</sup>.

A enfermagem como prática social requer o posicionamento dos enfermeiros como agentes políticos e não apenas como agentes técnicos desprovidos de caráter questionador, de apreensão correta da realidade e da compreensão própria de seu papel como transformador da sociedade<sup>11</sup>.

No contexto histórico do ambiente hospitalar, a enfermagem surge pela necessidade de transformar o corpo doente novamente em força de trabalho e reinseri-lo nos meios produtivos que dependiam dessa mão-de-obra. Dessa maneira, a enfermagem se institucionaliza, tendo como precursora Florence Nightingale, organizando os hospitais militares, diante de uma necessidade social da segunda metade do século XIX, na Inglaterra. Essa atuação foi direcionada para três vertentes principais: o cuidado ao doente mediante a sistematização das técnicas de enfermagem; a organização do ambiente terapêutico por meio da higiene e purificação do ar, e planejamento e execução de treinamentos, capacitando os agentes de enfermagem para execução de técnicas, por meio de mecanismos disciplinares<sup>12, 13</sup>.

Na enfermagem moderna, visualizamos a divisão gerada por esse contexto histórico através da dimensão prática da assistência e a dimensão prática do saber administrativo, dividindo a equipe em agentes que planejam e administram e outros agentes que as executam, legitimando uma hierarquia e o distanciamento entre o pensar e o fazer. Isso repercute em uma série de dificuldades no desenvolvimento do trabalho em equipe, tais como: as insatisfações, a apatia, a relação desumanizada com a clientela, a desmotivação e, conseqüentemente, agravos de saúde.

Em uma análise mais minuciosa, vários aspectos influenciam no trabalho da enfermagem, pois o ambiente hospitalar acarreta dificuldades no gerenciamento satisfatório da equipe de enfermagem, refletindo na qualidade da assistência.

Um hospital assume os cuidados para com as pessoas doentes que não podem ser tratadas em suas próprias casas. Essa é a missão para qual o hospital é criado, sua tarefa primária, o cuidar. A principal responsabilidade no desempenho dessa ação reside no serviço de enfermagem, que deve prover cuidados contínuos ao paciente, dia e noite, durante todo o ano. O serviço de enfermagem sofre, portanto, o impacto total, imediato e concentrado do estresse que advém dos cuidados com doentes<sup>10</sup>.

O estresse compreende as respostas produzidas pelo organismo em confronto com as necessidades ou cobranças do meio exterior, que podem superar a capacidade de elaboração do indivíduo, favorecendo respostas inadequadas. O prolongamento do estresse pode causar vários quadros clínicos, comprometendo a saúde do trabalhador e, conseqüentemente, o desempenho profissional<sup>14</sup>.

Somado a essa situação, a enfermagem capta o estresse de outras pessoas envolvidas no processo, como o paciente e familiar e seus próprios colegas de trabalho, intensificando o impacto que a própria doença lhe causa. Há ainda, a necessidade de permitir a projeção de sentimentos do paciente como o medo, a repulsa da doença e receio dos procedimentos de enfermagem, bem como a depressão e ansiedade pessoal e de cada indivíduo em seu processo terapêutico.

Nesse contexto, os riscos psicossociais corroboram com a fadiga mental e o estresse, causando danos à saúde do trabalhador, entre eles a sobrecarga quantitativa, a carga qualitativa, conflitos de papéis e responsabilidades, falta de apoio social e estressores físicos e específicos, neste último, o trabalho em turnos<sup>15, 16</sup>.

Os próprios pacientes e familiares transferem a responsabilidade do sucesso do tratamento ao hospital e, portanto, à equipe de enfermagem, recusando-se, algumas vezes, a participar da tomada de decisões, sobrecarregando psicologicamente essa equipe.

Dessa forma, a enfermagem lança mão de mecanismos de defesas para superar esses desafios diários em sua carreira profissional, envolvendo a “tarefa primária”, tendo como subsídios as tecnologias disponíveis, a organização da satisfação social e psicológica e apoio no trabalho para lidar com a ansiedade.

Esses mecanismos, denominados por Menzies (1970)<sup>10</sup>, como defesas organizadas socialmente, que são resultado de concordância e interações de cumplicidade, amiúde inconsciente, entre os membros da organização, tendem, portanto, a tornar-se um aspecto da realidade externa com o qual novos e antigos membros da instituição devem entrar em acordo.

Alguns mecanismos identificados pela mesma autora são:

- 1) A fragmentação do relacionamento enfermeiro-paciente oferece alguma proteção contra ansiedade, prevenindo o contato efetivo de maneira integral com o paciente, mediante o cumprimento de uma

lista de tarefas, da despersonalização, categorização e negação da importância do indivíduo. A utilização do distanciamento e negação de sentimentos, controlando-os e evitando envolvimento excessivo, sentimentos perturbadores e explosões emocionais, são exteriorizados pela própria equipe através de frases como: “Agüente firme!” ou “Controle-se”, e técnicas repressoras dos superiores, reproduzindo suas experiências durante o processo de formação profissional.

- 2) Outras situações, permitem uma sensação de alívio nas cobranças, ao se tentar eliminar decisões pelo ritual de desempenho de tarefas, desencorajando a equipe de enfermagem em usar seu próprio discernimento e iniciativa para planejar suas ações e a redução do peso da responsabilidade na tomada de decisões por meio de verificações e contra verificações, adiando as ações e suas implementações.
- 3) Na tentativa de eliminar a pesada carga de ser culpado sozinho dos insucessos e receber o rótulo de irresponsável, o trabalhador de enfermagem se utiliza da redistribuição social da responsabilidade e irresponsabilidade, generalizando e democratizando as culpas, reduzindo o impacto dessas, delegando-as a seus superiores.
- 4) O enfrentamento dessas situações pode estar vinculado a outras estratégias como o uso de substâncias psicoativas, os psicotrópicos e a bebida alcoólica. Isso porque proporcionam uma sensação momentânea de “bem-estar”, segurança e autoconfiança e assim o

trabalhador crê ganhar energia para continuar suas atividades profissionais, correspondendo com a responsabilidade, centralizada e intensa, que lhe é delegada por toda a equipe<sup>9</sup>.

Como agravante desse cenário, o profissional de enfermagem é unânime, ao afirmar que negligencia sua própria saúde e resiste a admitir um adoecimento, aguardando o agravamento das manifestações clínicas para procurar assistência<sup>17</sup>.

De fato, os locais de trabalho nem sempre dispõem de recursos humanos capacitados e apropriados para a qualidade e humanização na assistência ao trabalhador, compondo mais um desafio no campo profissional que gera frustração e estresse. O próprio envolvimento no trabalho pode fazer emergir desencontros entre seus membros, na medida em que eles têm formações socioculturais diferentes<sup>18</sup>.

A essas variáveis unem-se alguns fatores de risco organizacionais como a falta de participação na tomada de decisões, a escassa autonomia no trabalho, a monotonia, a perspectiva pouco otimista de desenvolvimento profissional e a tênue oportunidade para o controle de conflitos grupais<sup>19, 20</sup>.

Na atuação do enfermeiro, pelas próprias características da profissão, a indefinição de papéis e a tentativa de construir sua identidade profissional, obtendo reconhecimento, interferem nas relações e corroboram para o afastamento de suas funções.

Com base em minha experiência e na contribuição de Pitta<sup>21</sup>, é possível observar que a relação com a equipe fica deteriorada e é muito comum ocorrer

reações de hiperatividade motora, verbal e embates pessoais no local de trabalho. Essas situações são testemunhadas pelos usuários e associados à agressividade nas relações com os diversos atores em cena, pacientes, familiares e colegas, tendo como conseqüências as reações psicossomáticas, o que gera o afastamento das atividades laborais. Nesse contexto, surgem estratégias de pactuação e coesão interna entre a equipe, utilizadas com o objetivo de minimizar a sobrecarga emocional proveniente da complexidade e incerteza de sucesso nas relações hospitalares, desencadeando em vários momentos, a busca pelo afastamento do fator de sofrimento, seja ele físico, emocional ou social e, portanto, ocasiona a ausência de suas atividades laborais.

Assim, a qualidade de vida e a saúde do trabalhador estão estritamente relacionadas com a forma em que os processos de trabalho se desenvolvem e como os sistemas organizacionais se consolidam dentro da instituição e vice-versa. As ações de saúde voltadas para o trabalhador, certamente, facilitarão as relações de trabalho e, conseqüentemente, o gerenciamento dos serviços<sup>22,23</sup>.

## **1.2 - Variáveis envolvidas no afastamento por licença-saúde**

O trabalho é uma atividade necessária ao homem, não só para suprir suas necessidades humanas básicas, bem como sociais, econômicas, psicológicas e de poder. Sendo o trabalho uma ação social, compreende a capacidade de o homem produzir o meio em que vive, bem como a si mesmo. Portanto, o espaço que as atividades laborais ocupam na vida do ser humano é extremamente especial<sup>22</sup>.

Constatamos que o trabalho é um gerador de satisfação e também um dos componentes da felicidade humana, desempenhando necessidades psicossociais, de prazer, de sentimentos e de contribuição, ao realizar atividades profissionais, ou um sofrimento, na forma de insatisfação. Mas, é evidente que a satisfação no trabalho está sujeita a fatores internos e externos, características individuais de cada pessoa, relacionadas com os acontecimentos e com o momento em que o trabalhador está vivenciando. Isso tudo pode afetar sua saúde física e mental e interferir diretamente em sua capacidade funcional e atitudes na sociedade<sup>23</sup>.

Nas variáveis que influenciam os afastamentos do trabalho, os fatores e condição de risco, têm seu nível de aplicação individual e coletivo. No primeiro há uma abordagem por meio de análise ergonômica da atividade desenvolvida pelo trabalhador, acompanhada de uma avaliação ambiental quantitativa e qualitativa dos riscos existentes e, ao nível coletivo, além das perspectivas anteriores, realiza-se a elaboração do mapa de risco e inquéritos coletivos, detectando e intervindo nesses fatores<sup>24</sup>.

Os fatores ou situação de risco podem ser definidos como *uma condição ou conjunto de circunstâncias que tem o potencial de causar um efeito adverso, que pode ser: morte, lesões, doenças ou danos à saúde, à propriedade ou ao meio ambiente*<sup>25</sup>, sendo classificados segundo sua natureza, em:

- Ambiental: físico, químico ou biológico;
- Situacional: instalações, ferramentas, equipamentos, materiais e operações;

- Humano ou comportamental: decorrentes da ação ou omissão humana.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) nomeia o Limite de Tolerância (LT), como norma quantitativa de higiene, estando voltada ao trabalho cujos principais fatores de risco são os agentes químicos. Essa classificação pode sofrer variações em função de circunstâncias sociais e históricas, bem como fatores políticos, econômicos e tecnológicos, contudo as normas são definidas exclusivamente, com base em critérios de salubridade<sup>26</sup>.

A própria categoria trabalho é tratada pelo pensamento clássico da Medicina do Trabalho como um problema ambiental, uma vez que expõe o trabalhador ao contato com agentes químicos, físicos, biológicos ou psicológicos, causando neste, acidentes ou enfermidades<sup>26, 27</sup>.

Denota-se que há uma atenção especial aos estudos relacionados à saúde do trabalhador, onde a área hospitalar apresenta uma variedade de riscos ocupacionais, devido às condições inadequadas de trabalho vigentes em grande parte dessas instituições. Associando-se a esse fato, o trabalhador de saúde e de enfermagem, presta assistência e cuidados ao paciente, mas acaba negligenciando a sua própria saúde e auto-cuidado, ao se expor a esses riscos<sup>28</sup>.

Nesse contexto, temos riscos de várias naturezas, como os físicos que compreendem a má iluminação e ventilação do ambiente de trabalho, os elementos químicos, causados pelos processos de limpeza, desinfecção e esterilização de materiais, bem como aplicações de tratamentos quimioterápicos. A exposição constante aos microorganismos como bactérias,

fungos e vírus, que podem ser transmitidos pelas mais variadas vias de transmissão, classificam-se como riscos biológicos.

Paralelo a isso existem os riscos por consequência de acidentes, ocasionados pelo precário dimensionamento da área física dos hospitais que, nem sempre, seguem as normas sanitárias preconizadas para construção de estabelecimentos de saúde<sup>28, 29</sup>.

Além dos riscos acima citados, existem ainda os riscos ergonômicos que são caracterizados por situações como cuidados na movimentação de pacientes acamados ou mesmo auxílio parcial na promoção do auto-cuidado. Isso exige do profissional um bom desempenho da dinâmica corporal, para prevenir problemas que comprometem as estruturas ósteo-músculo-articulares, caracterizando os riscos ergonômicos. Outros fatores, como a desorganização do serviço, a falta de autonomia, o número reduzido de recursos humanos, insatisfação, desmotivação e frustração do profissional, geram o estresse ocupacional<sup>30</sup>.

A classificação de riscos, considerada na Norma Regulamentadora n° 9 (NR-9)<sup>4</sup>, também embasa a atenção a saúde do trabalhador, conforme demonstrado no quadro a seguir.

QUADRO 1 - Classificação dos principais riscos ocupacionais em grupos, de acordo com a sua natureza e a padronização das cores correspondentes:

GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3	GRUPO 4	GRUPO 5
VERDE	VERMELHO	MARROM	AMARELO	AZUL
Riscos Físicos	Riscos Químicos	Riscos Biológicos	Riscos Ergonômicos	Riscos de Acidentes
Ruídos	Poeiras	Vírus	Esforço físico intenso	Arranjo físico inadequado
Vibrações	Fumos	Bactérias	Levantamento e transporte de peso	Máquinas e equipamentos sem proteção
Radiações ionizantes	Névoas	Protozoários	Exigência de postura inadequada	Ferramentas inadequadas e defeituosas
Radiações não ionizantes	Neblinas	Fungos	Controle rígido de produtividade	Iluminação inadequada
Frio	Gases	Parasitas	Imposição de ritmos excessivos	Eletricidade
Calor	Vapores	Bacilos	Trabalho em turnos e noturno	Probabilidade de incêndio ou explosão
Pressões anormais	Substâncias, compostos ou produtos químicos em geral		Jornadas de trabalho prolongadas	Armazenamento inadequado
Umidade			Monotonia e repetitividade	Animais peçonhentos
			Outras situações causadoras de estresse físico e/ou psíquico	Outras situações de risco que poderão contribuir para a ocorrência de acidentes

Portanto, a necessidade de melhores condições de trabalho está voltada para a área física adequada, propiciando a aplicação, na prática, do conhecimento científico quanto aos riscos de transmissão de doenças e infecções hospitalares. Outros aspectos seriam prover equipamentos compatíveis com as necessidades do usuário/paciente e capacitação adequada para a equipe utilizá-lo, bem como manutenções periódicas e preventivas. E dimensionamento qualitativo e quantitativo de recursos humanos, compatíveis com a demanda, a qualidade e segurança da assistência prestada; a clara definição de atribuições e responsabilidades, bem como limites de atuação, gerando respaldo e garantia de continuidade da assistência.

A qualidade de vida no trabalho (QVT), dos profissionais de enfermagem, encontra-se prejudicada nos aspectos referentes à remuneração salarial inadequada, ao desequilíbrio entre o processo de trabalho e a vida extra-organização, à ausência de perspectiva de ascensão na carreira, a estrutura organizacional burocrática e à escassez de recursos humanos<sup>17, 31</sup>.

Os riscos descritos, no âmbito do trabalho em saúde, podem ainda ser potencializados nas instituições hospitalares, dados a sua complexidade.

O ambiente hospitalar é caracterizado pela frequência de um elevado número de pessoas acometidas por agravos de saúde, com graus de complexidade e gravidade variadas, desencadeando a necessidade de atividades de assistência planejadas e replanejadas. Essas, associadas ao convívio com um grupo diversificado de profissionais, sejam da área de assistência a saúde ou administrativa, atinge diretamente a saúde do trabalhador de enfermagem, membro da equipe que presta atenção ao paciente ininterruptamente<sup>32</sup>.

Na enfermagem, adicionam-se aos aspectos já mencionados, outros que, não menos importantes, envolvem o lidar com situações de sofrimento e sobrecarga de trabalho, além daqueles relacionados a questões gerenciais e de cultura organizacional.

Nesse contexto, verifica-se que o afastamento por licença para tratamento de saúde (LTS), concedida ao funcionário que estiver impossibilitado para o exercício do cargo, mediante inspeção em órgão médico oficial, gerando incapacidade decorrente de doença diagnosticada ou de situação clínica no momento do exame, é problema relevante aos gestores do sistema em âmbito central. Sua relação com a natureza da atividade exercida pelo servidor, negligenciada, atinge os trabalhadores, de uma forma geral, tornando-se um transtorno, por vezes, sem solução.

A seguir elucidaremos algumas definições utilizadas neste estudo, considerando o que está estabelecido no Estatuto dos Funcionários Públicos Civis do Estado de São Paulo<sup>33</sup>.

A readaptação funcional é definida como “investidura do servidor em cargo de atribuições e responsabilidades compatíveis com a limitação que tenha sofrido em sua capacidade física ou mental verificada em inspeção médica”.

Este processo pode ocorrer quando, em decorrência de inspeção médica, for verificada modificação da capacidade laborativa do servidor. Nesses casos, à vista do laudo médico, é fixado o rol de atribuições a ser desempenhado pelo readaptado, de acordo com as atividades próprias de cada cargo. A readaptação pode ser sugerida pela autoridade de subordinação, proposta pelo Departamento de Perícias Médicas do Estado e também solicitada pelo próprio interessado

Com a publicação da Súmula da Comissão de Assuntos de Assistência à Saúde (CAAS), no Diário Oficial do Estado, a readaptação se efetiva. Se for o

caso, o trabalhador poderá ter seu local de exercício mudado, se houver expressa determinação da CAAS.

A fim de avaliar o desempenho do readaptado, o superior imediato encaminhará, anualmente, Boletim de Desempenho ao Grupo de Trabalho de Readaptação da respectiva Secretaria de Estado.

### **1.3 - Gerenciamento em enfermagem e implicações no trabalho**

O gerenciamento em enfermagem está sendo abordado em função de que, muitas questões relativas à saúde do trabalhador, estão relacionadas a ações em diversos níveis: nível institucional ou a racionalidade patronal, o nível da gerência de enfermagem e o resultado da negociação com a equipe e o nível do próprio trabalhador que poderá reagir às pressões de uma maneira prazerosa ou através de uma fragilização psicossomática, predispondo-o ao adoecimento<sup>34</sup>.

No contexto histórico do processo organizacional do trabalho da equipe de enfermagem, as teorias administrativas são fundamentadas na racionalidade instrumental e no aspecto utilitarista, no qual os meios estão justificados na busca de determinados fins e fundamentados pela individualização da ação social<sup>35</sup>.

A qualidade do ato de cuidar está vinculada à divisão e fragmentação das tarefas, e a eficácia e eficiência estão no controle sistemático das atividades, deixando de lado muitas vezes a questão da efetividade, ou seja, “ao que pode ser visto e sentido pelo cliente, trabalhador ou usuário, isto é, o resultado verdadeiro”<sup>35</sup>.

A divisão técnica de tarefas, de forma distinta, em que a elaboração do planejamento e a organização do trabalho são separadas daqueles da efetiva execução, causa uma dicotomia no processo de trabalho e a dificuldade de toda equipe se envolver concretamente, na busca de um objetivo comum.

A nova organização tecnológica do processo de trabalho em saúde<sup>8</sup> sugere que o poder decisório dos trabalhadores seja mais autônomo, que os recursos humanos não sejam vistos apenas como insumos, mas como sujeitos sociais com poder de transformação. Portanto, devemos contar com número e diversidade suficientes de atores, com formação profissional compatível com a necessidade da demanda, a atenção voltada para a visão integral do ser humano e das questões de saúde, envolvendo a equipe e o cliente na participação das decisões organizacionais e terapêuticas.

Ao trabalho de gerência cabe a organização dos processos de trabalho, incluindo a enfermagem, com características integradoras e de articulação entre os vários integrantes da equipe.

A função administrativa de organizar consiste em dividir tarefas entre os indivíduos ou grupos, que se concretizam através das funções de planejamento, organização, direção e controle. No planejamento, há a seleção dos objetivos a atingir, sendo organizados de maneira a “quem vai fazer o quê”. A ação deve ser orientada e supervisionada, direcionando os esforços para atingir os objetivos e a função de controle envolve uma ação harmoniosa entre líder e liderados, e não meramente uma ação avaliadora<sup>36</sup>.

As ações gerenciais guardam estrita relação com os desafios que surgem no cotidiano do trabalho, podendo, por vezes, serem consideradas

geradoras de insatisfação, de problemas de relacionamento na equipe e, até mesmo, desencadeadores ou contribuintes no processo de adoecimento, causando o afastamento.

O afastamento das atividades laborais abrange várias causas, como trata o Título V do Estatuto dos Funcionários<sup>33</sup> referido anteriormente, no qual o capítulo I trata das férias, “o funcionário terá direito ao gozo de trinta dias de férias anuais, observada a escala que for aprovada”. No capítulo II, que trata das licenças, o artigo 181 refere que o funcionário poderá ser licenciado:

- Para tratamento de saúde – artigo 191 – ao funcionário que, por motivo de saúde, estiver impossibilitado para exercício do cargo, será concedida licença, mediante inspeção em órgão médico oficial, até no máximo de quatro anos, com vencimento e remuneração.
- Quando acidentado no exercício de suas atribuições ou atacado de doença profissional – artigo 194 – o funcionário acidentado no exercício de suas atribuições ou que tenha doença profissional, terá direito à licença com vencimento ou remuneração.
- No caso previsto no artigo 198 – da licença à funcionária gestante, esta será concedida, mediante inspeção médica, licença de cento e vinte dias, com vencimento e remuneração.
- Por motivo de doença na família – artigo 199 – o funcionário poderá obter licença, por motivo de doença de cônjuge e de parentes até segundo grau.

- Para obrigações concernentes no serviço militar – artigo 200 – ao funcionário que for convocado para o serviço militar e outros encargos da segurança nacional, será concedida licença sem vencimentos ou remuneração.
- Para tratar de assuntos particulares – artigo 202 – depois de cinco anos de exercício, o funcionário poderá obter licença, sem vencimento ou remuneração, para tratar de interesses particulares, pelo prazo máximo de dois anos.
- No caso previsto no artigo 205 – da licença à funcionária casada com funcionário estadual ou com militar, terá direito à licença, sem vencimento ou remuneração, quando o marido for transferido para servir, independentemente de solicitação, em outro ponto do Estado ou do território nacional ou estrangeiro.
- Compulsoriamente, como medida profilática – artigo 206 –, o funcionário ao qual se possa atribuir à condição de fonte de infecção de doença transmissível, poderá ser licenciado, enquanto durar essa condição, a juízo da autoridade sanitária competente, e na forma prevista no regulamento.
- Como prêmio de assiduidade – artigo 209 – o funcionário terá direito, como prêmio de assiduidade, à licença de noventa dias em cada período de cinco anos de exercício ininterrupto, sem que haja sofrido qualquer penalidade administrativa.

Assim, o trabalhador torna-se ausente por fatores dependentes da atividade laboral, perilaboral, do meio extralaboral, fatores individuais e fatores dependentes do sistema administrativo<sup>37</sup>.

Por causas laborais, entendemos o sofrimento psíquico pela convivência com a dor, a morte, o ritmo das jornadas e turnos alternantes, a sobrecarga de trabalho, as condições inadequadas, o não-reconhecimento pelo trabalho realizado, além disso, a exigência de ser competente e ágil e as relações interpessoais. A causa perilaboral está associada ao desconforto e dificuldades relacionadas ao respeito no ambiente físico, onde o trabalho é desenvolvido como ruídos e vozes dos cuidadores, exigüidade de espaço/superlotação, déficit de pessoal/sobrecarga de trabalho, excesso de pessoas e dificuldade de acesso de materiais<sup>37</sup>.

Paralelo a isso, temos as causas extralaborais, vinculadas aos baixos salários, gerando a necessidade de múltiplos empregos e a busca constante de melhores oportunidades financeiras e prestígio social. E ainda, na enfermagem, por ser uma profissão predominantemente feminina, há a influência dos aspectos sociais, os hormonais e as ginecopatias, interferindo na produtividade laboral<sup>37, 38</sup>.

Salientamos também como fatores extralaborais, as condições sociais de moradia, alimentação, transporte, lazer, segurança pública, o próprio envelhecimento da população ativa, que determinam a diminuição da capacidade para o trabalho, merecendo destaque “o caráter social do processo saúde-doença e a necessidade de entendê-lo na sua articulação no processo de produção”<sup>39</sup>.

A falta ao trabalho por motivo de doença caracteriza o absenteísmo-doença ou afastamento por licença-saúde, que é de grande importância. Constitui um problema sócio-econômico de destaque, implicando em custos diretos como o auxílio-doença, e indiretos, quando há a diminuição da quantidade e qualidade da produção e eficiência no trabalho, aumento do desperdício de insumos, problemas administrativos e rebaixamento do moral dos trabalhadores<sup>40</sup>.

O afastamento do trabalho em profissionais de enfermagem também está associado ao vínculo empregatício, no caso de regime de trabalho estatutário, por proporcionar estabilidade no emprego como demonstra<sup>41</sup>.

Considerando os problemas citados, o dimensionamento de pessoal de enfermagem tem sua importância por interferir na eficácia, na qualidade e no custo da saúde, mas desencadeia conflitos entre os profissionais. E a equipe sendo quantitativamente maior nas instituições de saúde, gera o maior custo em recursos humanos, característica que segue contrária às necessidades de contenção de despesas vinculadas às empresas públicas.

Nesse sentido, as lideranças de enfermagem são pressionadas ao atendimento crescente da demanda e aumento da complexidade e quantidade de serviços oferecidos aos usuários, que, conseqüentemente, impõem sobrecarga de trabalho para a equipe de enfermagem.

A qualidade gerencial de recursos humanos é diretamente proporcional à capacitação e qualificação dessas lideranças em planejamento e gestão, que permitem o monitoramento de indicadores quantitativos e qualitativos da assistência prestada. Tal atitude se reflete no papel relevante do enfermeiro na

negociação e direcionamento das políticas de recursos humanos nas instituições de saúde, de forma a garantir, em conjunto com a equipe administrativa, uma política de saúde do trabalhador, que englobe as questões de produtividade aliadas à qualidade.

Considerando os fatores e causas anteriormente apresentados, há inúmeras dificuldades para planejar e justificar a adequação do quantitativo na equipe de enfermagem. Para tanto, é necessário que haja compreensão das variáveis envolvidas no processo de gerenciamento em enfermagem e dimensionamento de recursos humanos.

Entendemos por dimensionamento de pessoal de enfermagem, como o processo de provimento de pessoal requerido para suprir as necessidades da clientela e instituição, que garantam a qualidade dos cuidados, de acordo com a especificidade do serviço e filosofia da instituição<sup>42</sup>.

Oficialmente, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), se pronuncia nessa matéria, publicando a Resolução nº 293/2004<sup>43</sup>, que estabelece parâmetros para dimensionar o quantitativo mínimo dos diferentes níveis de formação dos profissionais de Enfermagem para a cobertura assistencial nas instituições de saúde. Considera, entre outras questões, que a garantia de segurança e qualidade da assistência ao cliente, pela continuidade ininterrupta e a diversidade de atuação, depende do dimensionamento, com parâmetros específicos, do quadro de profissionais de enfermagem.

Há o reforço de que o processo de desgaste físico e mental dos trabalhadores de enfermagem está diretamente relacionado às dificuldades de dimensionamento adequado de recursos humanos, pois a chefia encontra-se

distante da equipe e esta se sente isolada e insegura diante do enfrentamento das situações e decisões obrigatórias do dia-a-dia. O desgaste mental é potencializado pela falta de estrutura no ambiente de trabalho, e as situações são vividas individualmente, e não pelo convívio com o objeto de trabalho, o paciente/usuário, como seria o esperado<sup>44</sup>.

Em decorrência dessas constatações e avaliação desse cenário, a Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo (SES-SP), por intermédio da Coordenadoria de Recursos Humanos (CRH), e o Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST), aprovaram em conjunto o Plano Integrado Estadual de Saúde do Trabalhador, em reunião da Comissão Bipartite, realizada em 13/07/2004, com o desencadeamento do processo de implantação da Saúde do Trabalhador no SUS/SP, conforme a Lei Orgânica da Saúde (LOS 8080/90)<sup>45</sup>.

Como prévia dessas discussões, além da pauta em Conferências Estaduais e Nacionais de Saúde, a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB/RH-SUS), "Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS", publicada em 2002 e em sua 3ª revisão em 2005<sup>46</sup>, é um instrumento construído com a participação social. Desse modo, fortalece a consolidação do SUS, considerando a importância do trabalho, a necessidade de valorização dos profissionais e a regulação das relações de trabalho no setor saúde.

O capítulo 5, "Princípios e diretrizes da política de Saúde Ocupacional para o Trabalhador do SUS", da referida norma, conceitua que a saúde do trabalhador em saúde constitui um valor social público, que demanda, entre

outras políticas, programas e ações de promoção e proteção da saúde, de controle e vigilância de riscos provenientes dos ambientes e condições dos processos de trabalho, prevenção de agravos e reabilitação da saúde e capacidade de trabalho, bem como qualidade de vida.

O subitem da norma citada anteriormente, que diz respeito, “Da organização da saúde ocupacional” quanto à assistência à saúde, deixa explícito que “ao trabalhador acidentado ou acometido de doença relacionada ao trabalho deverá ser garantida a reabilitação profissional. Será constituída pela avaliação da capacidade laborativa, treinamento para a mesma ou outra função, retorno ao trabalho (na mesma ou outra função), acompanhamento da reinserção ou readaptação ao trabalho e avaliação do processo de reabilitação”<sup>46</sup>.

Complementando a preocupação quanto à Saúde do Trabalhador, em especial do trabalhador da área de saúde, a legislação trabalhista no Brasil, através do Ministério do Trabalho, publica em 16/11/2005, a Portaria nº 485, que contempla a Norma Regulamentadora nº 32<sup>47</sup>, que tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores em estabelecimentos de assistência à saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral, incluindo as áreas de recuperação, ensino e pesquisa em qualquer nível de complexidade e não somente os trabalhadores da área hospitalar. Essa norma também recomenda adoção de práticas preventivas, minimizando os riscos, mediante a capacitação dos trabalhadores para desenvolvimento dos processos de trabalho de maneira segura<sup>39</sup>.

Reforçando a evidente atenção para com a Saúde do Trabalhador em Saúde no âmbito do serviço público, é publicada a Resolução SS-5, de 16/01/2006<sup>48</sup>, que institui nas unidades da Secretaria de Estado da Saúde, a Comissão de Saúde do Trabalhador - COMSAT, que foi baseada na necessidade do desenvolvimento de ações que visem à melhoria da qualidade de vida e do ambiente profissional. A COMSAT tem como objetivo a prevenção de acidentes de trabalho e doenças decorrentes do mesmo, as análises das interfaces do trabalho e seus riscos ocupacionais, objetivando a promoção da melhoria das condições de trabalho e saúde do trabalhador.

O Sistema Único de Saúde (SUS), implantado a partir de 1990 e orientado pelas diretrizes e princípios doutrinários, que englobam a universalização, integralidade, equidade, descentralização, hierarquização e participação popular, tem como objetivo a promoção da saúde e prevenção de doenças, incluindo a Saúde do Trabalhador como uma obrigação da empresa<sup>45, 49</sup>.

Utilizaremos para atingir esse propósito, os instrumentos descritos na metodologia:

- Identificando o perfil dos profissionais da equipe de enfermagem;
- Verificando a frequência e os motivos de afastamentos para tratamento de saúde, no período de 2003 a 2007;
- Constatando a quantidade de readaptações funcionais formais na instituição;

- Finalmente, compreendendo, a partir dos depoimentos dos sujeitos formalmente readaptados, a vivência do processo “da doença à readaptação funcional”, considerando que esse processo pode gerar sofrimento ao trabalhador.

A possibilidade de reflexão acerca dessas inquietações e comprovações a respeito das causas que levam o trabalhador de enfermagem a se afastar de suas atividades por motivo de licença-saúde, a forma com que os processos de readaptação funcional são desenvolvidos e acompanhados e, ainda, as implicações no gerenciamento em enfermagem justificam o desenvolvimento desta pesquisa, pois acredito que, uma postura gerencial responsável e humanizada para com a saúde da equipe de enfermagem, em todos os níveis de hierarquia das instituições hospitalares, contribuirá para repensar esse cotidiano tão presente na profissão.

## **1.4 - Objetivos**

### **1.4.1 - Geral**

Identificar as causas que desencadeiam o afastamento para tratamento de saúde, na equipe de enfermagem e compreender a vivência dos sujeitos nos processos de readaptação funcional, em uma instituição hospitalar governamental do interior paulista.

### **1.4.2 Específicos**

1. Identificar o perfil dos profissionais da equipe de enfermagem em afastamento por licença saúde.

2. Levantar a frequência e os motivos de afastamentos para tratamento de saúde, no período de 2003 a 2007.
3. Quantificar o número de readaptações funcionais formais na instituição.
4. Compreender, a partir dos depoimentos dos sujeitos formalmente readaptados, a vivência do processo “da doença à readaptação funcional”.

## **2 - METODOLOGIA**

O estudo envolveu abordagem quantitativa e qualitativa, que subsidia de maneira mais compreensível, o entendimento demonstrativo do perfil da equipe de enfermagem estudada e, concomitantemente, permite a compreensão de sentimentos, impressões e vivências pessoais e íntimas dos sujeitos participantes desse momento de reflexão.

### **2.1 - Campo de Estudo**

O estudo foi realizado no Hospital Regional de Assis “Doutor Joelson Leal Lisboa”, instituição governamental, criado em 1991, que se encontra inserido na área de abrangência do Departamento Regional de Saúde de Marília e vinculado à Coordenadoria de Serviços de Saúde (CSS), da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo, atendendo unicamente aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Disponibilizam 133 leitos operacionais, destinados ao atendimento de casos clínicos, cirúrgicos, obstétricos de risco, psiquiátricos, oncológicos, leito-

dia e terapia intensiva, bem como atendimento ambulatorial especializado em consultas médicas, exames de apoio diagnóstico e quimioterapia, caracterizando serviços em nível secundário e terciário.

A equipe de enfermagem média no período estudado é composta de 62 enfermeiros, 235 auxiliares de enfermagem e 15 atendentes, estes últimos desempenhando somente as atribuições conforme resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 185 e 186/1995<sup>50, 51</sup>.

O referido hospital conta com um Serviço de Recursos Humanos, dividido em três setores, Setor de Recrutamento e Seleção, Setor de Desenvolvimento e Setor de Administração de Pessoal (SAP), sendo este último, responsável pelo controle e acompanhamento dos pedidos de afastamentos, com prazo acima de dois dias consecutivos ao trabalho.

Conta com a implantação pela Secretaria de Estado da Saúde, através da Resolução SS-5, de 16/02/2006<sup>48</sup>, da Comissão de Saúde do Trabalhador (COMSAT), que tem o objetivo de mapear situações de risco ocupacional e doenças relacionadas com o trabalho, propondo intervenções e ações, minimizando, eliminando ou prevenindo esses agravos e, conseqüentemente, o absenteísmo por afastamento licença-saúde. Além disso, a COMSAT tem a finalidade do desencadeamento do processo de readaptação funcional, juntamente com o Departamento de Perícia Médica do Estado de São Paulo (DPME), que caracteriza o motivo de tal solicitação e os trâmites técnicos e administrativos cabíveis para cada caso, denotando um importante instrumento de conhecimento dos possíveis participantes do estudo, membros da equipe de enfermagem.

## **2.2 - Instrumentos de coleta de dados**

Foram utilizados dois instrumentos para coleta de dados no estudo. O primeiro, captado na Guia para Perícia Médica do Estado de São Paulo (GPM), ficha do trabalhador licenciado, utilizada pelo Serviço de Recursos Humanos (SRH), e encaminhada ao Departamento de Perícias Médicas do Estado de São Paulo (DPME). Esse tem como objetivo, a caracterização do perfil dos profissionais de enfermagem que compõem a equipe total destinada à realização dos cuidados de enfermagem ininterruptos, da instituição estudada. Os dados captados foram utilizados no formulário de coleta de dados (Anexo II), compreendendo a primeira fase da pesquisa.

Os dados captados com a entrevista, segundo instrumento da pesquisa, com o objetivo de analisar a vivência do profissional readaptado, ocorreu após a identificação dos sujeitos, membros da equipe de enfermagem, que foram submetidos ao processo formal de readaptação funcional. Para tanto, utilizou-se uma entrevista semi-estruturada (anexo III), com as seguintes questões norteadoras:

- *O que você acha que contribuiu para o seu problema de saúde?*
- *Você tem sugestões para evitar ou diminuir este tipo de problema?*
- *O que significou a readaptação funcional e como você se sente na atual atividade?*
- *Deseja fazer mais alguma observação ou comentário?*

## **2.3 - Procedimentos de coleta**

No primeiro instrumento, utilizamos a verificação individual de cada prontuário administrativo do trabalhador de enfermagem, após a permissão formal da chefia do setor de recursos humanos, e mediante aprovação prévia do diretor geral da instituição. Essa verificação e coleta de informações foram realizadas no próprio local de arquivamento.

Para armazenamento, consolidação e análise dos dados coletados, foram utilizadas planilhas Microsoft Excel®. Os dados coletados estão sob a guarda do pesquisador e serão posteriormente destruídos.

Na segunda etapa o procedimento foi de coleta dos depoimentos por meio de entrevista realizada com os trabalhadores, em local oportuno, pré-agendado, sendo realizadas no domicílio ou no hospital, conforme a preferência do mesmo.

#### **2.4 - Aspectos Éticos**

Para a áudio-gravação das entrevistas, foi utilizado um gravador MP3. Os participantes da pesquisa foram contatados pela pesquisadora que, após esclarecimentos sobre os objetivos do estudo e obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Anexo IV, conforme a Resolução 196/96 que regulamenta a pesquisa em seres humanos foram convidados a participar do estudo. Após a áudio-gravação das entrevistas, estas foram transcritas e serão destruídas ao término do estudo.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do hospital estudado (anexo V e VI). As entrevistas na íntegra encontram-se no anexo VII. Depois de transcritos, os discursos foram submetidos à análise de

conteúdo proposta por Laurence Bardin<sup>52</sup>. A coleta de informações quantitativas e qualitativas foi realizada no ano de 2007.

Os participantes receberam o nome artificial de plantas medicinais e aromáticas, a fim de garantir a preservação da identidade e as unidades de significado foram numeradas na ordem em que apareceram nos depoimentos. Por exemplo, quando citado “Hortelã 1” significa que se trata da unidade de significado 1 do depoimento do sujeito que recebeu o nome fantasia “Hortelã”.

## **2.5 - Procedimentos de análise**

Foram utilizadas técnicas quantitativas de análise estatísticas baseadas no Programa Microsoft Excel®, para o estudo exploratório e descritivo de dados retrospectivos dos casos de afastamento por licença-saúde, ocorridos no período de 2003 a 2007.

Na abordagem qualitativa, a Análise de Conteúdo é uma técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objetiva e sistemática do manifesto da comunicação. O critério dos recortes na análise de conteúdo foi de ordem semântica, constituindo temas, que são as unidades de significação que se libertam naturalmente de um texto analisado, segundo certos critérios relativa à teoria que serve de guia à leitura e das hipóteses do pesquisador.

Desdobra-se em três etapas:

- Primeira etapa - Pré-análise: é a etapa de organização propriamente dita, que consiste de uma primeira leitura também conhecida como leitura “flutuante”, denominação dada para o estabelecimento de contato com os documentos a serem

analisados e conhecer o seu conteúdo, deixando-se invadir por impressões e orientações.

- Segunda etapa - Exploração e escolha do material: após o primeiro contato, os elementos do texto são classificados em um sistema de categorias e reunidos de acordo com o tema e unidade de significação, entendendo-se que categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, na qual regras básicas são respeitadas como a exaustividade, a representatividade, a homogeneidade e a pertinência. Esta é uma fase longa que consiste essencialmente de operações de codificação e enumeração, que farão parte do tratamento dos resultados.
- Terceira etapa - Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: os resultados brutos serão tratados de maneira a serem significativos e válidos. Uma vez tendo à sua disposição resultados significativos, os analistas poderão adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas. Tratar o material é codificá-lo. A codificação é possível por recorte, agregação e enumeração. Ao se fazer o recorte, pressupõe-se a escolha das unidades de significação a codificar, as quais correspondem ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base.

Neste estudo, optamos pela análise temática, por considerar o tema como uma unidade de significação que pode ser extraída das descrições que propomos analisar.

O referencial teórico de análise baseia-se na legislação do Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Saúde e as legislações concernentes ao Sistema Único de Saúde e demais regulamentações que apontam sua consolidação, com enfoque direcionado aos recursos humanos da saúde, incluindo a Saúde Ocupacional da equipe e nas documentações da COMSAT<sup>48</sup>. Estas têm o objetivo de mapear situações de risco ocupacional e doenças relacionadas com o trabalho no Estado de São Paulo, com base na NR 32/2006<sup>47</sup>, que regulamenta especificamente a Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde e, ainda na Resolução COFEN 293/2004<sup>43</sup>, que aborda questões de dimensionamento de pessoal e aponta algumas questões correlatas.

Consideramos relevante abordar as questões de saúde do trabalhador, influenciada pelo contexto histórico, político e social da organização dos processos de trabalho e seus reflexos na saúde do trabalhador, como um sujeito/agente do sistema, influenciando e sendo influenciado pelo meio que o cerca, com enfoque no ambiente onde as relações trabalhistas se consolidam<sup>53</sup>.

*De qualquer maneira, o trabalho não é nunca neutro em relação à saúde, e favorece seja a doença seja a saúde. De modo que o trabalho deveria aparecer na própria definição do conceito de saúde, e particularmente no que*

*concerne à definição do ideal do “bem estar social”, figurando na definição da Organização Mundial de Saúde. (Dejours, 2003)<sup>54</sup>.*

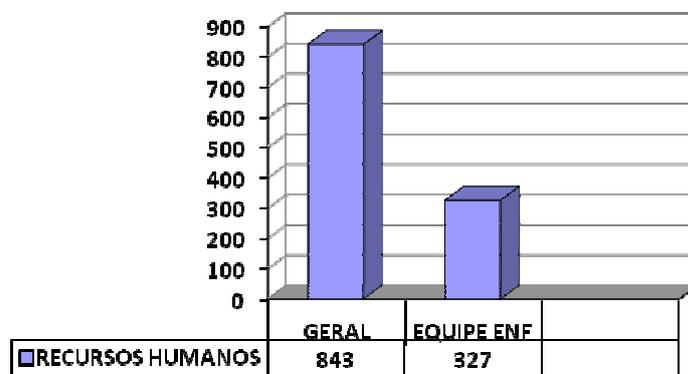
### **3 - RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Apresentaremos os resultados e as considerações em conformidade com os objetivos propostos e a metodologia utilizada, ou seja, serão inicialmente apresentados os dados quantitativos da primeira fase e, na seqüência, a análise dos depoimentos da segunda fase.

#### **3.1 - Análises Quantitativas**

Demonstraremos a seguir os dados coletados, consolidados e analisados, com o objetivo de descrever a instituição estudada, caracterizando o perfil de licenças-saúde da equipe de enfermagem, bem como as principais causas que levaram os trabalhadores a se afastar de suas atividades laborais, com a finalidade de subsidiar as considerações e sugestões ao final do estudo.

Figura 1 – Proporção do quadro de recursos humanos e equipe de enfermagem no hospital do estudo. Assis, 2003 a 2007.



Fonte: Recursos Humanos do hospital estudado.

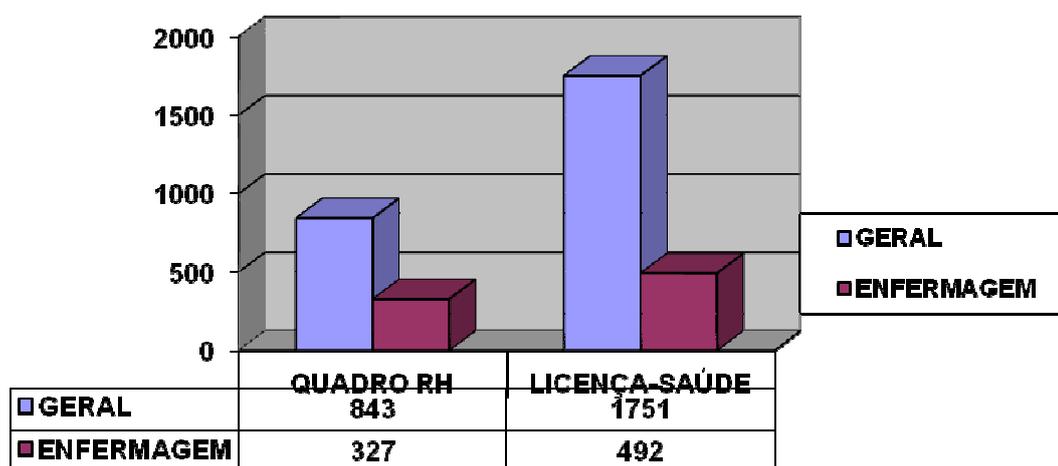
Na figura 1, o número de funcionários da enfermagem representa 38,8% do quadro de recursos humanos do Hospital, o que permite revelar que, a maioria dos recursos humanos de uma instituição hospitalar, não é da categoria que presta assistência direta ao paciente por 24 horas, ininterruptamente.

A título de comparação, em estudo publicado em 2006, realizado em um hospital estadual de referência, com o objetivo de analisar o sofrimento no cotidiano dos trabalhadores de enfermagem submetidos a um aumento de jornada, a representação de profissionais de enfermagem em relação ao total de funcionários da instituição era de 44%<sup>55</sup>.

De qualquer forma, o hospital de maneira geral é um local insalubre, penoso e perigoso para os que ali trabalham. A divisão do trabalho no hospital

reproduz em seu interior a evolução e a divisão do trabalho no modo de produção capitalista, o que origina ambigüidade entre o assistencialismo gerado pelo espírito caritativo e as regras típicas da organização capitalista. O hospital carrega o ônus da dor, da doença e da morte desde a sua criação<sup>5</sup>.

Figura 2 – Afastamentos por licença-saúde e proporção na equipe de enfermagem em relação ao total de afastamentos-saúde no hospital do estudo. Assis, 2003 a 2007.



Fonte: planilhas da seção de Recursos Humanos do Hospital estudado.

Na figura 2, demonstramos os afastamentos por motivo de saúde dos profissionais de enfermagem que representaram 28,1% do total de licenças do Hospital, também contrariando a impressão de que o profissional de enfermagem é o que mais se afasta de suas funções laborais.

Propusemos a criação de um índice que divide o número de ocorrências de licenças médicas pelo número médio de funcionário no mesmo ano, em cada uma das categorias citadas, com o objetivo de comparação no estudo

atual e em pesquisas e acompanhamentos posteriores. Diante de tal proposição encontramos os seguintes valores:

- Índice de afastamento no quadro de RH geral = 2.07
- Índice de afastamento no quadro de enfermagem = 1.50

Há necessidade de uma reflexão acerca de que as taxas de afastamentos estão associadas ao nível de satisfação nas atividades desenvolvidas no trabalho. Os trabalhadores insatisfeitos no trabalho tendem a ficar doentes, com agravos principalmente de ordem psicológicas. Portanto existe relação entre a satisfação laboral e a saúde do trabalhador<sup>56</sup>.

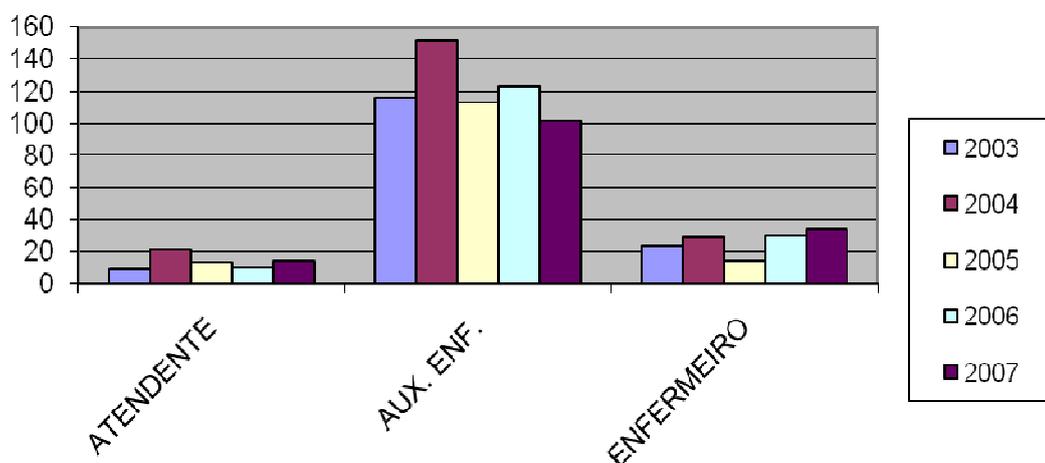
Verificamos que, o quantitativo em enfermagem do referido hospital está aquém da orientação preconizada pela Resolução nº 293/2004<sup>43</sup>, que estabelece parâmetros para dimensionamento mínimo, dos diferentes níveis de formação dos profissionais de Enfermagem, para a cobertura assistencial nas instituições de saúde, de acordo com a complexidade da assistência.

Para comprovação dessa afirmativa, anexamos os cálculos realizados pela Diretoria Técnica do Serviço de Enfermagem (DTSE), da instituição, em 2007, instrumento esse utilizado para embasar a solicitação de complementação do quadro de recursos humanos da equipe de enfermagem, especificamente, auxiliares de enfermagem (anexo VIII). No referido cálculo há uma defasagem no quantitativo dessa categoria de 127 trabalhadores.

Na enfermagem, as atividades profissionais são extremamente tensiógenas, devido ao subdimensionamento de profissionais, as jornadas de

trabalho e ao desgaste psicoemocional nas tarefas realizadas em ambiente hospitalar<sup>5, 15, 41,56, 57</sup>.

Figura 3 - Afastamentos por licença-saúde, por categoria da equipe de enfermagem no hospital do estudo. Assis, 2003 a 2007.



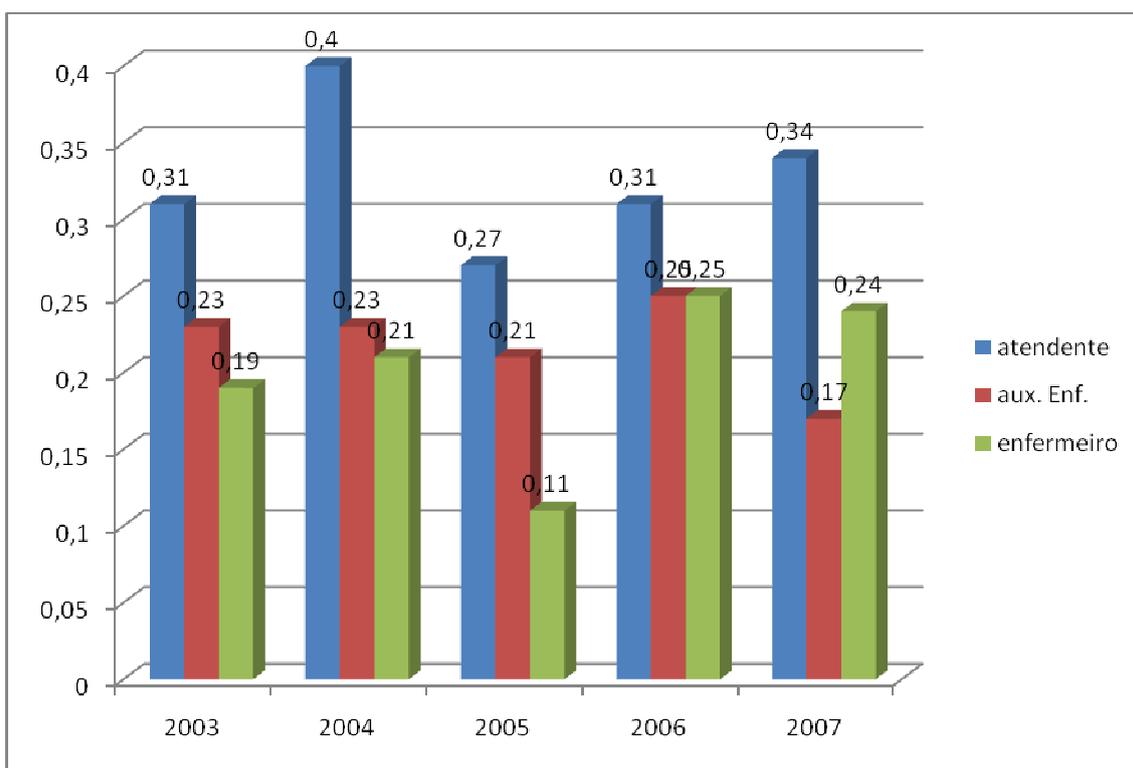
Fonte: Recursos Humanos da referida instituição.

N afigura 3, verificamos que a ocorrência dos afastamentos por licença-saúde tem seu predomínio na categoria do auxiliar de enfermagem em todo o período estudado. Talvez porque essa é a categoria mais numerosa, perfazendo 57,47% da equipe de enfermagem da instituição.

Assim, para enriquecer a análise, utilizamos, conforme citado anteriormente neste estudo, o índice proposto que divide o número de ocorrências de licenças médicas pelo número médio de funcionário no mesmo ano, em cada uma das categorias de enfermagem, possibilitando a comparação entre elas.

Demonstramos, na figura 4 o comportamento desse índice de afastamento por licença-saúde, por categoria profissional da equipe de enfermagem, no período de 2003 a 2007, na instituição alvo desse estudo.

Figura 4 - Índice de licenças por categoria profissional de enfermagem no hospital do estudo. Assis, 2003 a 2007.



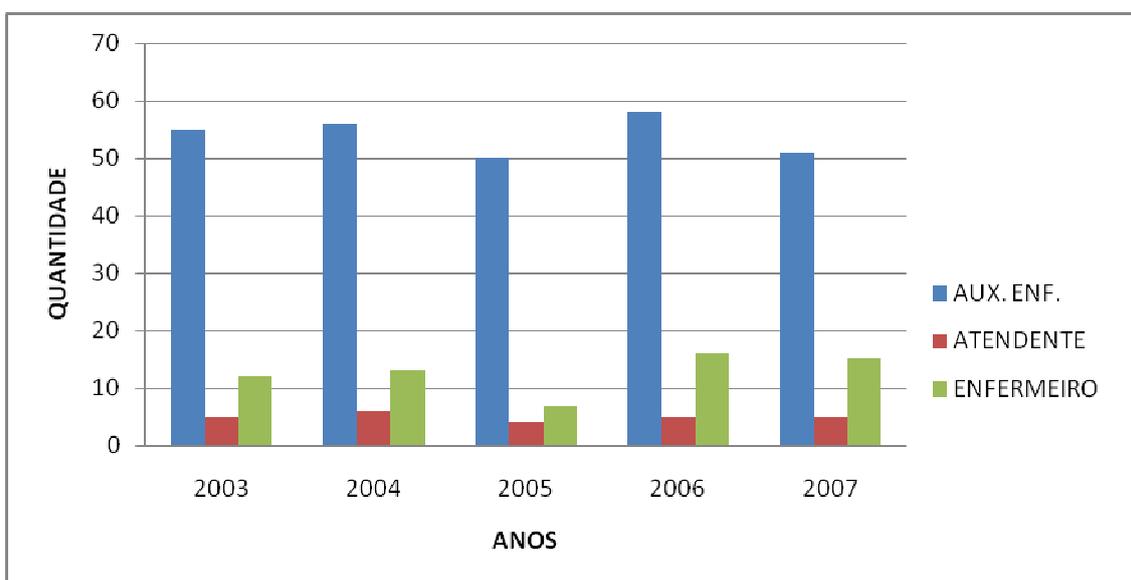
Fonte: Cálculo realizado pela autora utilizando como base de dados levantamento realizado no Setor de Recursos Humanos da instituição estudada.

Na figura 4, visualizando os delineamentos do índice para comparação dos afastamentos por motivo de saúde, entre as categorias da enfermagem, percebe-se com clareza que a categoria mais atingida pelos agravos de saúde que ocasionam o afastamento é a dos atendentes, em todo o período. Em seguida, os auxiliares de enfermagem ocupam a segunda colocação no

número de afastamentos e os enfermeiros em terceiro. Essa observação é alterada a partir de 2006 e 2007, nos quais o número de afastamentos na categoria dos enfermeiros se iguala e supera a dos auxiliares, respectivamente.

O índice demonstrado ressalta a necessidade de um olhar mais criterioso ao avaliar e rotular a categoria que mais se ausenta das atividades laborais e, portanto, interfere nas escalas de trabalho na enfermagem. Assim, estudos específicos devem ser realizados para se determinar as causas desses comportamentos e as estratégias de intervenções.

Figura 5- Quantidade de funcionários em licença-saúde por categoria no hospital do estudo. Assis, 2003 a 2007.



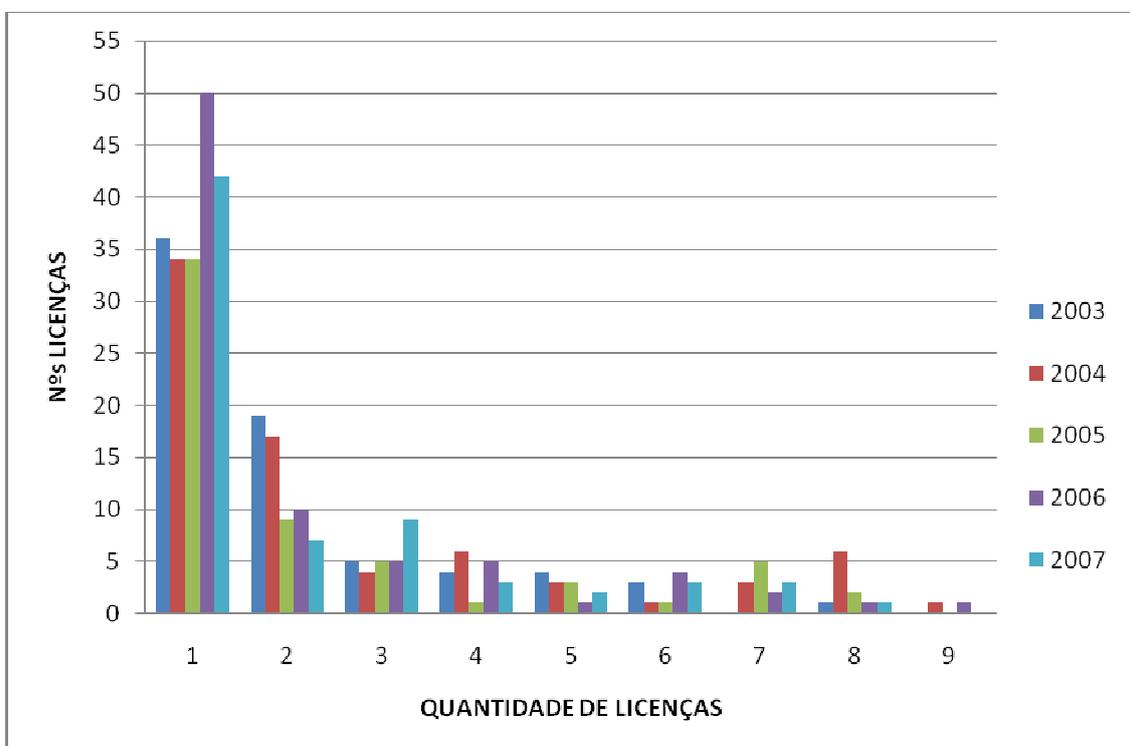
Fonte: Setor de Recursos Humanos do hospital estudado.

Na figura 5, percebemos que há uma tendência de um número constante de trabalhadores de enfermagem estarem em licenças por motivo de saúde, gerando a interpretação de que não há acompanhamento e auxílio para resolutividade das causas que levam ao trabalhador a se afastar de suas

atividades. Essa característica é verificada nas três categorias funcionais da equipe e se mantém no período estudado. Baseado na média aproximada do número total de afastamentos no período (72), encontramos como coeficiente de licenças por motivo de saúde por categoria, o auxiliar de enfermagem apresentando 75% (54); o enfermeiro 18% (12) e o atendente 7% (5), permitindo possíveis sugestões de abordagem da categoria mais atingida.

Esses resultados vêm ao encontro de estudos realizados em um hospital de ensino em 2003, denotando que aproximadamente 82% dos afastamentos foram na categoria de auxiliares de enfermagem, 10% em enfermeiros e 8% na categoria dos atendentes<sup>15, 57</sup>.

Figura 6 - Número de licenças-saúde por funcionário, considerando licenças totais, no hospital do estudo. Assis, 2003 a 2007.

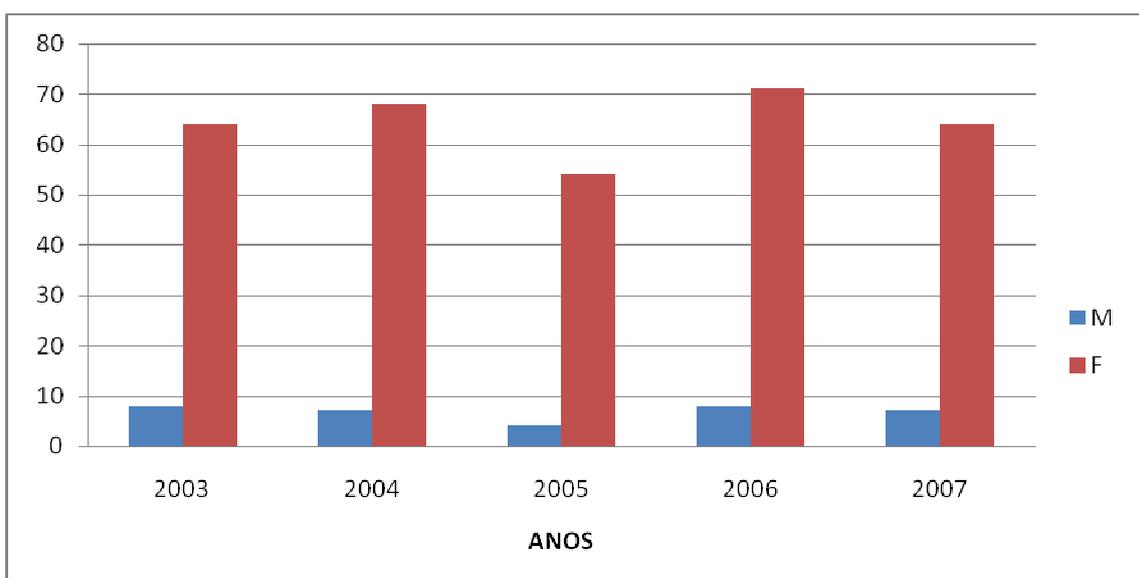


Fonte: Setor de Recursos Humanos do hospital estudado.

Na figura anterior, demonstramos que a grande maioria dos trabalhadores licenciados necessitou de somente uma licença em todo o período, predominando os anos de 2006 e 2007. Ressaltamos que no ano de 2004 aconteceram casos de até oito licenças no mesmo ano, o que permite o questionamento da resolutividade dos problemas de saúde dos trabalhadores. Nesse ano em questão, ainda não contávamos com as atividades da COMSAT.

O mesmo comportamento quanto ao número de afastamentos foi relatado em estudos realizados com a equipe de enfermagem em um hospital universitário e em um hospital geral de ensino do Noroeste do estado de São Paulo, em 2003<sup>15, 41</sup>. Podemos inferir que o profissional de enfermagem de maneira geral, somente se afasta de suas atividades quando realmente há a necessidade física e/ou psicológica.

Figura 7 - Média de licenças-saúde por gênero no hospital do estudo. Assis, 2003 a 2007.



Fonte: Setor de Recursos Humanos do hospital estudado

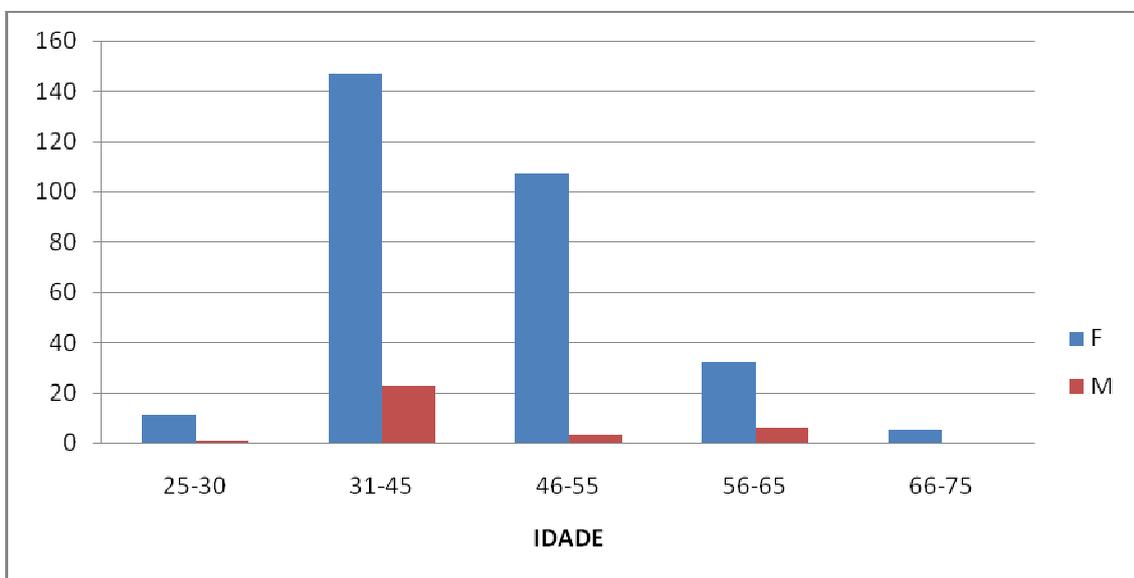
Considerando a característica histórica da profissão e da equipe de enfermagem ser predominantemente feminina, a incidência de afastamentos por licença-saúde são visualizadas na figura anterior, o que torna possível a interpretação de que essa tendência se mantém durante o período estudado.

Essa característica é encontrada, pois os profissionais dessa área correspondem a maior parcela da força de trabalho em saúde, com a singularidade de serem majoritariamente do sexo feminino, que se traduz na característica do perfil humano genérico de múltiplas funções. A equipe de enfermagem além de trabalhadoras da saúde, são mães, esposas e donas-de-casa, inclusive sendo cuidadoras de seus familiares<sup>41,55</sup>.

As profissionais de enfermagem vão em busca do trabalho fora de casa, com o objetivo de contribuição com a renda familiar ou até o sustento da família, passando também pelo desejo de ascensão e o respeito da sociedade. A manutenção da característica da maternidade e a exigência do modelo tradicional de família, geram conflitos e contradições a essas trabalhadoras. A desvalorização, o desprestígio e o próprio processo de negação da dor são transformados em devotamento e abnegação. Esses fatores têm conseqüências importantes para sua saúde<sup>5,58</sup>.

Nessa avaliação, realizamos o índice de afastamento por gênero e encontramos que nos trabalhadores do sexo feminino esse é igual a 1,13 e no sexo masculino é 1,26. Novamente fica demonstrado que há um pré-julgamento que as mulheres se afastam mais por agravos de saúde em relação aos demais trabalhadores, portanto também há necessidade de estudos pormenorizados para obtenção de melhores informações a respeito, subsidiando futuras intervenções.

Figura 8 - Licenças-saúde por faixa etária e gênero no hospital do estudo. Assis, 2003 a 2007.

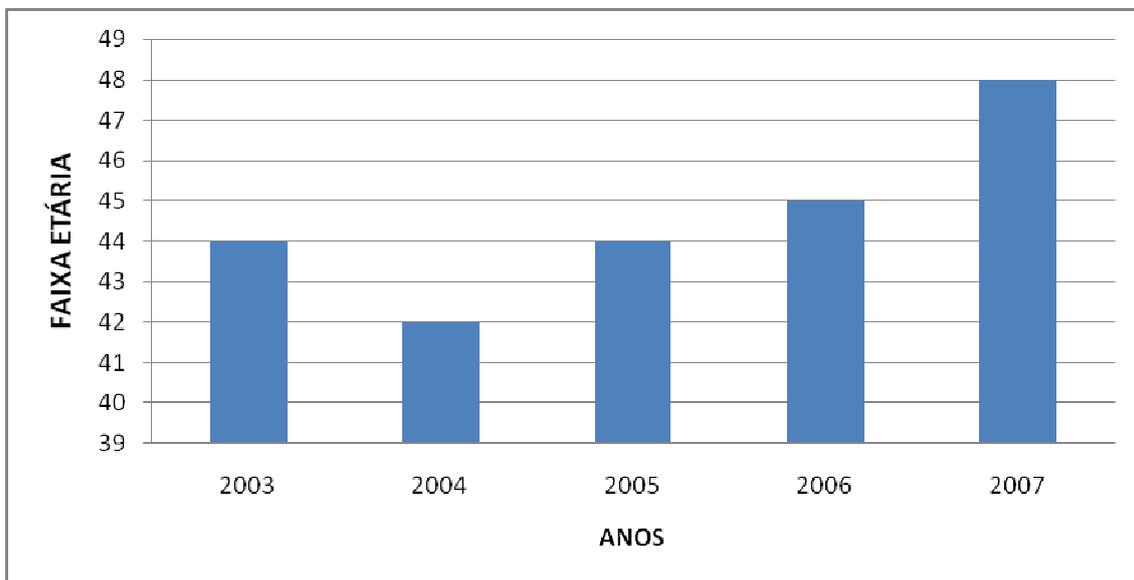


Fonte: Setor de Recursos Humanos do hospital estudado.

Demonstra-se na figura 8 que as licenças-saúde no período, para ambos os gêneros, predominam na faixa etária de 36-45 anos, permanecendo significativa no gênero feminino na faixa etária de 46-55 anos.

Como já apresentado e discutido, a enfermagem é uma profissão essencialmente feminina, com características próprias do gênero, inclusive com diferenças para o exercício profissional entre homens e mulheres, visto que, muitas vezes, concilia atividades domésticas, o que representa desgaste físico e mental. Na faixa etária em que mais há afastamentos também encontramos a média da idade na instituição, conforme figura 9 a seguir, portanto a incidência desses é maior, conforme o esperado e demonstrado em um hospital geral de ensino no interior paulista em 1999<sup>15</sup>.

Figura 9 - Média da faixa etária da equipe de enfermagem em afastamento por licença-saúde no hospital do estudo. Assis, 2003 a 2007.



Fonte: Setor de Recursos Humanos do hospital estudado.

A figura 9 demonstra a tendência média crescente da idade do profissional de enfermagem na instituição e períodos estudados, com visível característica de aumento, perfazendo a idade de 48 anos em 2007. Há a impressão de escassez de informações nas leituras de referência, portanto poucos dados para comparação dessa característica.

A título de acrescentar reflexões, o encontrado é que a grande diferença de idade entre os trabalhadores de uma instituição estatutária, é que a política governamental apresenta uma resistência a realização de concursos públicos para contratações, conseqüentemente a média de idade do trabalhador estatutário é maior que a de outras instituições em que o vínculo não permita uma instabilidade no emprego<sup>41</sup>.

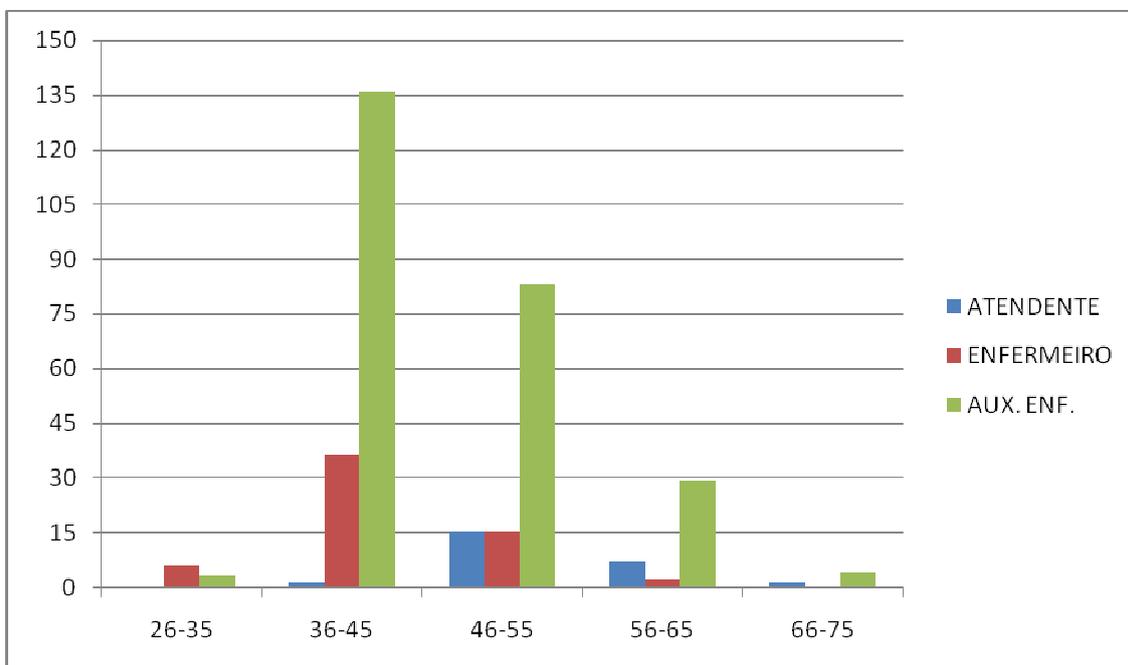
Além disso, essa problemática da não-reposição de recursos humanos por parte do Estado está propiciando um envelhecimento da população trabalhadora da equipe de enfermagem na instituição em questão.

Essa característica de envelhecimento da população ativa sugere situações de perda da capacidade laboral. Nos profissionais de enfermagem, a idade associada a exigência física e mental, incluindo as condições insatisfatórias de trabalho, corroboram negativamente com a saúde do trabalhador<sup>20</sup>.

No estudo do mesmo autor referido anteriormente, esses achados diferem dos encontrados em um hospital universitário, onde a média de idade foi de 39 anos<sup>41</sup>.

Tais informações são muito importante para o embasamento do planejamento de ações voltadas à saúde do trabalhador, inclusive subsidiando a reflexão acerca do dimensionamento de recursos humanos específicos desse grupo de profissionais.

Figura 10 - Número de licenças-saúde por categoria da equipe de enfermagem e faixa etária no hospital do estudo. Assis, 2003 a 2007.

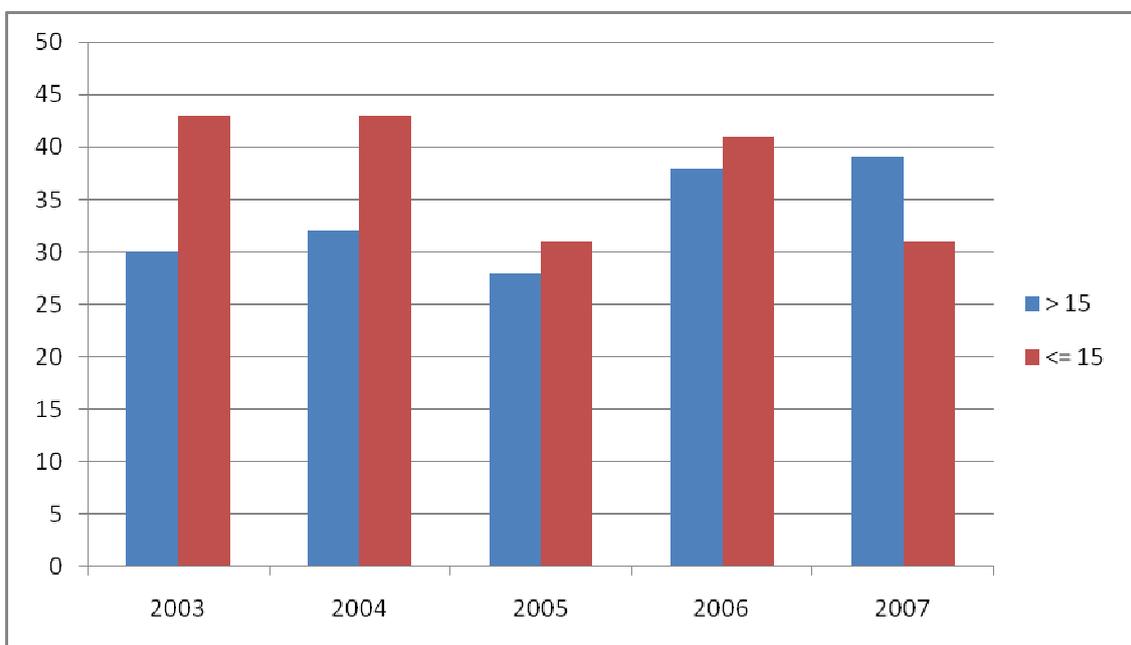


Fonte: Setor de Recursos Humanos do hospital estudado.

A figura 10 determina que há um predomínio de afastamentos por licenças-saúde na faixa etária de 36 a 45 anos, sendo observado também na faixa etária de 46 a 55 anos, o que reforça, como em demonstrações anteriores, a categoria de auxiliares de enfermagem. Esse predomínio coincide com as imediações da média faixa etária, encontrada no estudo.

Nas literaturas consultadas, não foram encontrados dados relacionados às características de afastamento por licença-saúde na equipe de enfermagem, em relação à categoria funcional e faixa etária, conforme apresentação nesse estudo. Portanto, essas informações são importantes como dados comparativos para acompanhamento na própria instituição ou em futuros estudos externos.

Figura 11 - Dias de afastamento por licença-saúde por ano no hospital estudado. Assis, 2003 a 2007.

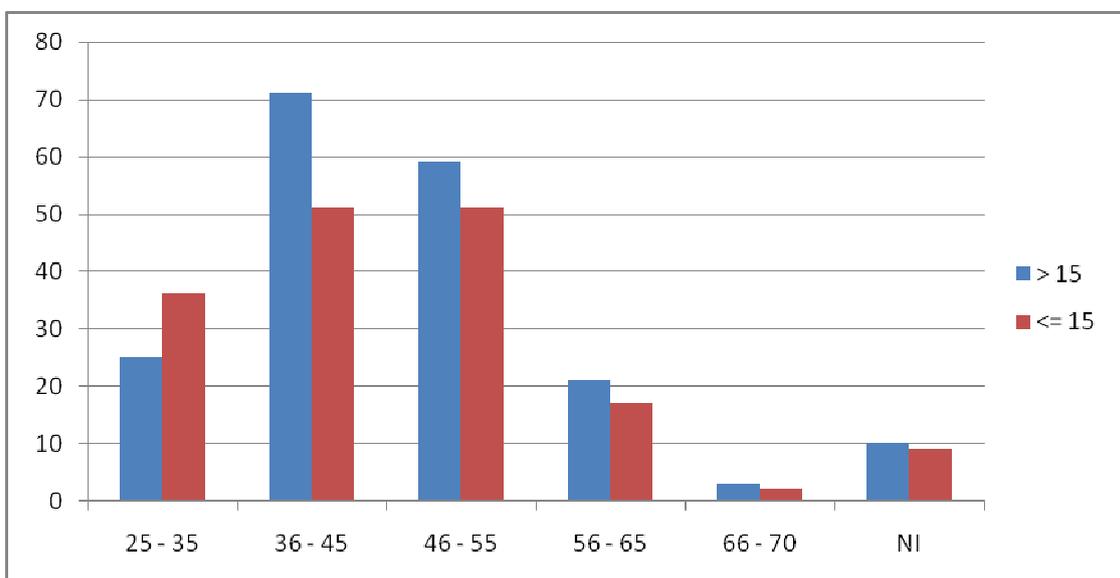


Fonte: Setor de Recursos Humanos do hospital estudado.

Com relação ao número de dias de afastamento, notamos na figura 11 que, até 2006, a tendência se manteve em período menor ou igual a 15 dias. Essa tendência se inverte em 2007 com afastamentos por mais de 15 dias.

Há a necessidade de revisão nas ações de assistência a saúde do trabalhador, evitando reincidências e quadros mais persistentes de limitações. Esse processo de avaliação subsidiará futuras ações de promoção e recuperação da saúde do trabalhador de enfermagem na instituição.

Figura 12 - Dias de afastamento por licença-saúde e faixa etária da equipe de enfermagem no hospital do estudo. Assis, 2003 a 2007.



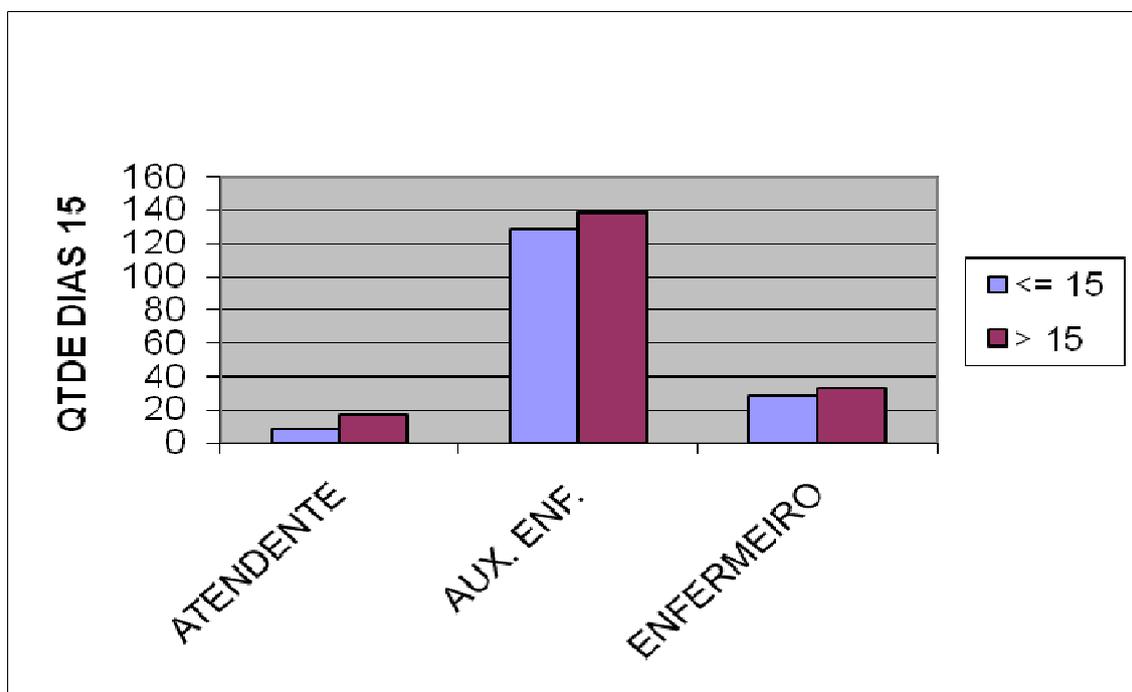
Fonte: Setor de Recursos Humanos do hospital estudado.

A faixa etária em que o afastamento por licença-saúde persiste por um período maior que 15 dias é de 36 a 55 anos, coincidindo com avaliações anteriores a respeito dessas variáveis.

Em estudo realizado por Barboza (2003)<sup>15</sup>, considerando dados referentes a 1999, os afastamentos foram maiores em período inferior a 15 dias, diferindo do encontrado nesse estudo. A faixa etária não foi considerada.

A função ou categoria profissional do auxiliar de enfermagem e o gênero feminino persistem com uma média de afastamentos maior que 15 dias demonstrados nas figuras 13 e 14 a seguir, somente complementando e reforçando observações anteriormente demonstradas. Essas informações têm fundamental importância no estudo e confecção de escalas de trabalho e dimensionamento de recursos humanos.

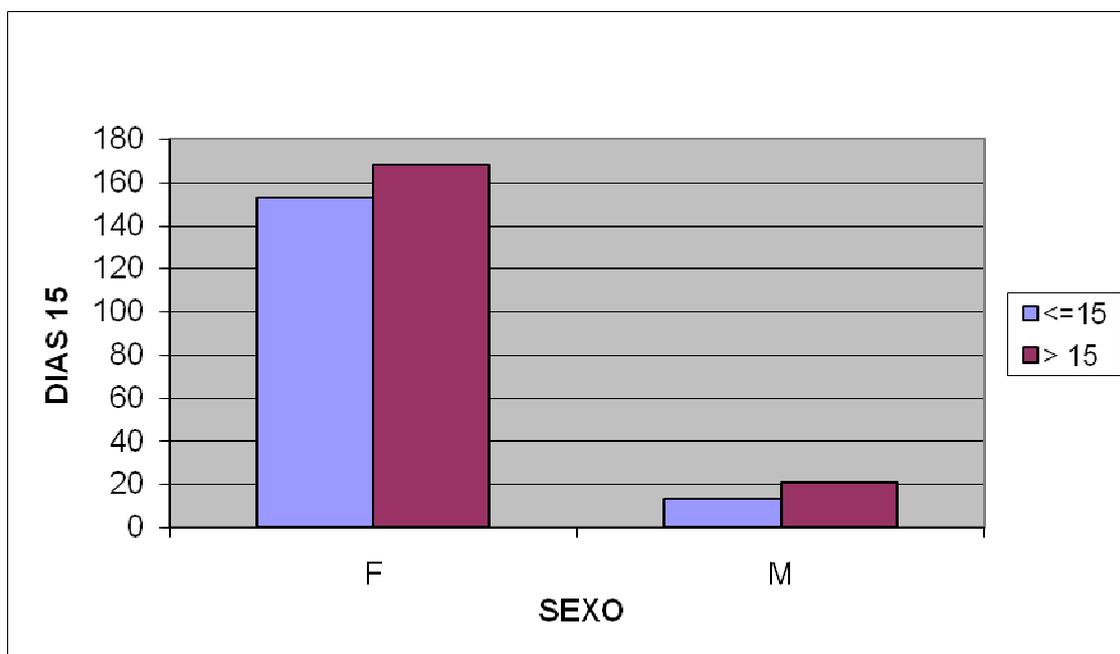
Figura 13 - Dias de afastamento por licença-saúde por categoria profissional no hospital do estudo. Assis, 2003 a 2007.



Fonte: Setor de Recursos Humanos do hospital estudado.

A categoria profissional que mais se afastou por problemas de saúde no período e instituição estudados foi a do auxiliar de enfermagem, como demonstrado anteriormente. A característica que a figura 10 nos mostra, complementando as informações anteriores, é que o número de dias afastados nessa categoria foi maior de 15 dias, repetindo nas demais categorias, ou seja, o acompanhamento das licenças-saúde deve ser realizado não somente no momento do diagnóstico, mas durante o tratamento para constatação de uma resolutividade dos problemas apresentados, em menor espaço de tempo.

Figura 14 - Dias de afastamento por licença-saúde por gênero no hospital do estudo. Assis, 2003 a 2007.



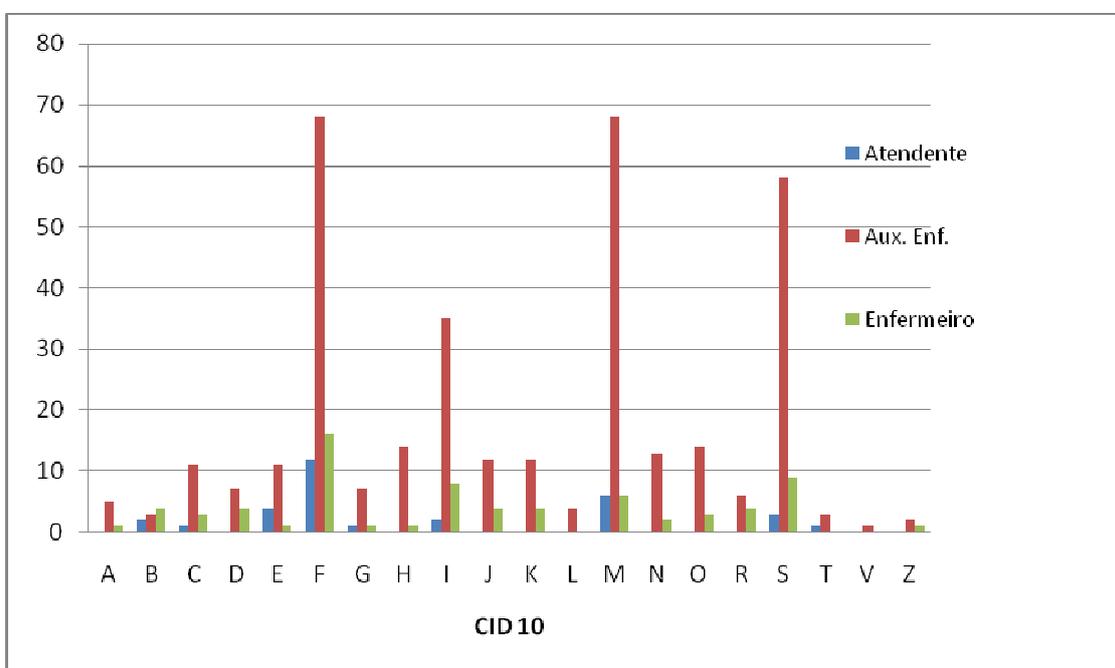
Fonte: Setor de Recursos Humanos do hospital estudado

Demonstraremos agora as principais causas de afastamento por licença-saúde da instituição no período estudado. Acrescentamos que, nas classificações internacionais da OMS, os estados de saúde (doenças, perturbações, lesões, etc.) são classificados principalmente na CID-10 (abreviatura da Classificação Internacional de Doenças, Décima Revisão), que fornece uma estrutura de base etiológica. A funcionalidade e a incapacidade associadas aos estados de saúde são classificadas na CIF. Portanto, a CID-10<sup>2</sup> e a CIF são complementares. Estudos posteriores poderão ser realizados, caracterizando essa última classificação, de ordem bastante interessante para o gerenciamento de enfermagem.

No levantamento, foi considerado a Classificação Internacional da Doença, em sua décima atualização (CID 10)<sup>2</sup>. Optamos por consolidar por

grupo de sistemas funcionais acometidos, pela facilidade de análise e pertinência no estudo. Essas informações foram observadas a partir de informações fornecidas pelo Departamento de Recursos Humanos do hospital, que coleta essa informação, no momento da solicitação de perícia médica.

Figura 15 - Motivos dos afastamentos por licença-saúde nas categorias profissionais da equipe de enfermagem, tendo como referencia o CID 10, no hospital do estudo. Assis, 2003 a 2007.



Fonte: Setor de Recursos Humanos do hospital estudado

No período estudado, nas causas que levaram o trabalhador de enfermagem a se afastar de suas atividades laborais por motivo de licença-saúde, predominam os “Transtornos mentais e Comportamentais” (CID grupF), com um número total de 96 afastamentos, seguido das “Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo” (CID grupo M), com 80 episódios de afastamentos; as “Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências

de causas externas”, principalmente os entorse, fraturas e luxações (CID grupo S), com 70 afastamentos e as “Doenças do aparelho circulatório” (CID grupo I), como quarta causa de afastamentos, denotando 45 episódios.

O total de afastamentos no período estudado foi de 463, o que permite a análise do coeficiente de licença-saúde por tipo de causa ou CID, na instituição. Como primeira causa, atingindo o percentual de 20,74% (96 casos), salientamos os “Transtornos mentais e comportamentais”, com ênfase nas depressões; em segundo lugar, as “Doenças do sistema osteomuscular”, com 17,28% (80 casos), principalmente as tendinites ou LER/DORT; como terceira maior causa de afastamentos por licença-saúde da instituição no período, as “Lesões, envenenamentos e algumas conseqüências de causas externas”, exemplificadas pelas entorses e luxações, com 15,12% (70 casos) e, como quarto motivo, com 9,72% (45), o CID do grupo I, “Doenças do aparelho circulatório”, descritos pelos problemas cardiovasculares gerados pela hipertensão e suas complicações.

Esses quatro primeiros motivos somados perfazem um total de 63,46% (291) e por todas as demais causas somadas temos 36,54% (173).

Analisando os dados dos cinco anos em questão, notamos a importância dos transtornos mentais e comportamentais. Esse achado reforça as questões já abordadas na literatura e apresentadas na revisão bibliográfica, quanto ao contexto do trabalho da enfermagem, pois vários autores apontam fadiga mental, estresse, depressão, desmotivação e insatisfação no ambiente de trabalho, relacionados aos processos assistenciais e organizacionais nos serviços de saúde. Estudo realizado com profissionais da rede básica de saúde

de Botucatu/SP demonstra que a prevalência de transtornos mentais comuns entre os servidores foi, aproximadamente, duas vezes maior ao observado para a população geral do mesmo município<sup>60, 61, 62</sup>.

Em pesquisa realizada no Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho, da Previdência Social, verificamos como resultado ocupando a 28ª posição, segundo os 200 códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID 10), mais incidente no Brasil no ano de 2005, os “Transtornos mentais e comportamentais”, identificados pelo CID F43, “Reações ao estresse grave e transtornos de adaptação”. Na Região Sudeste, no mesmo ano, esse CID ocupa a 25ª causa de afastamento das atividades laborais, nos trabalhadores previdenciários, independente da profissão exercida<sup>2</sup>.

Outra causa geradora de afastamento são as doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo, gerados por sobrecarga física e mecânica. Entre várias condições, atribuímos esse agravo a fatores ergonômicos como postura inadequada, equipamentos escassos ou sem manutenção preventiva, a falta de treinamentos e equipamentos especiais para movimentação de pacientes e, subdimensionamento de recursos humanos<sup>63, 64</sup>.

Essas condições são uma constante no trabalho de enfermagem, na realização de procedimentos relativos à assistência de enfermagem, como na higiene dos pacientes, na arrumação de leitos, realização de curativos, transporte e manipulação de clientes. Acrescentamos a essas, os procedimentos relativos à gerência, no preenchimento de intermináveis impressos, nas anotações em prontuários, na realização de escalas e gráficos

de movimento de pacientes ou de cirurgias, atividades que, de uma forma ou de outra, podem contribuir para a gênese do distúrbio osteomuscular<sup>58</sup>.

Nesse grupo de agravos relacionados ao trabalho, no Brasil em 2005, as dorsalgias (CID M54) ocupam a 5ª posição e a 9ª causa, são as sinovites e tenossinovites (CID M65). Na região Sudeste, essas posição se mantém no “ranking” de causas de afastamentos dos trabalhadores previdenciários<sup>1</sup>.

Destacamos também, o grupo de “Lesões, envenenamentos e algumas conseqüências de causas externas”, que se resumem em fraturas, entorses e luxações de dedos, punho, cotovelo, quadril e coluna. E essas, novamente, refletem a interface da sobrecarga física e mecânica, bem como os acidentes de trabalho, que envolvem inadequações de área física e falta de manutenção preventiva em equipamentos de uso cotidiano da enfermagem, como leitos e grades, macas, cadeiras-de-roda, entre outros. Somando-se a esses fatores, verificamos que a equipe de enfermagem, também negligencia normas básicas de segurança como a utilização de calçados baixos, confortáveis e com solado antiderrapante, orientados pela equipe da COMSAT<sup>19, 20, 47,48</sup>.

No Anuário Estatístico da Previdência Social, os motivos de afastamentos por acidentes de trabalho registrados também são destacados nesse agrupamento do CID 10, ocupando nada menos do que as primeiras quatro posições nas causas de afastamentos, permanecendo como a principal causa, os ferimentos de punho e mão (CIDs S61, 62, 60), seguidos por luxações e fraturas de pé e tornozelo (CIDs S93, 92, 80, 90,82). Essas características são igualmente observadas na Região Sudeste, no mesmo período<sup>1</sup>.

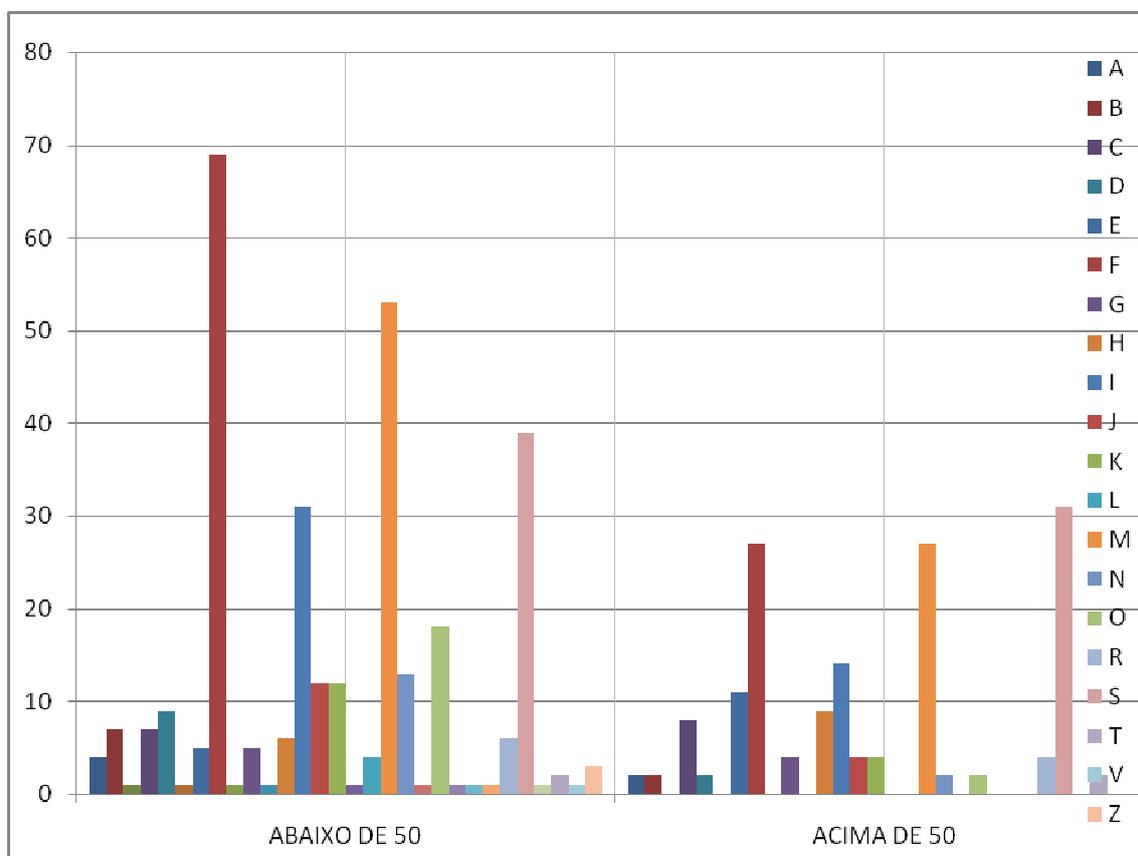
Problemas do aparelho circulatório também merecem destaque, com diagnóstico de doença hipertensiva primária, desencadeando encefalopatias hipertensivas e problemas cardiológicos. Além de fatores relacionados à história familiar, o trabalhador de enfermagem resiste a mudanças de hábitos e comportamentos preventivos<sup>18</sup>.

Apesar de não estarem na colocação das quatro primeiras principais causas de afastamento, os grupos C e D, doenças do sistema hematopoiético e neoplasia, seguem uma tendência populacional de diagnóstico de cânceres e tumores, inclusive primários, também aumentados na equipe de enfermagem.

Os resultados desse demonstrativo diferem do estudo realizado por Reis, (2003)<sup>41</sup>, onde foram encontrados como primeira causa do afastamento as Doenças do aparelho Respiratório (18,2%) em seguida as Causas administrativas (14,6%). As Doenças Osteomusculares parecem como terceira causa de afastamento com 13,4% e as doenças infecciosas e parasitárias com 8,7%. Nesse estudo, os Transtornos mentais e comportamentais são responsáveis por 4,65% dos afastamentos dos trabalhadores de enfermagem.

Em Silva (2003)<sup>57</sup>, há o demonstrativo que a primeira grande causa de afastamento são as Doenças do Aparelho Respiratório, corroborando com Reis (2003)<sup>41</sup>. As Doenças osteomusculares aparecem com 8,8% e os Transtornos mentais e comportamentais com apenas 1,5% e décima primeira causa de afastamento na equipe.

Figura 16 - Causas dos afastamentos na equipe de enfermagem, por faixa etária acima ou abaixo de 50 anos no hospital do estudo. Assis, 2003 a 2007.



Fonte: Setor de Recursos Humanos do hospital estudado

Encerrando a apresentação e análise quantitativa do estudo, na figura 16, a faixa etária, menor ou igual a 50 anos, manteve as características demonstradas na figura anterior. A partir dos 50 anos e mais, as três primeiras causas se mantêm muito próximas, com uma leve predominância do grupo S, “Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas”, principalmente os entorses, fraturas e luxações, causadas por acidentes de trabalho na própria instituição, durante a atuação e também por acidentes de trajeto.

### 3.2 - Análises qualitativas

A apresentação e a análise dos levantamentos realizados baseiam-se nos instrumentos que foram utilizados, conforme a descrição na metodologia, na literatura consultada e nas impressões e vivência do pesquisador.

Os depoimentos dos sujeitos, que se encontravam em situação de readaptação funcional formal, permitiram agrupar quatro categorias e seus temas conforme o quadro 2.

Quadro 2 – Construção das categorias e temas emergidos dos depoimentos

CATEGORIA	TEMAS
A) Organização do Trabalho	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Sobrecarga de trabalho</li><li>2. Negação do adoecimento</li><li>3. Diagnóstico e assistência</li><li>4. Plantão noturno e rodízios</li><li>5. Saúde do trabalhador</li></ol>
B) Trabalho em equipe	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Pressão da equipe</li><li>2. Apoio da equipe</li></ol>
C) Afastamento e Readaptação Funcional	<ol style="list-style-type: none"><li>1. “Peso” da licença-saúde</li><li>2. Sentimentos negativos</li><li>3. Benefícios da readaptação</li></ol>
D) Gerenciamento da equipe	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Organização e gerência</li><li>2. Orientações e treinamentos</li></ol>

A seguir, apresentaremos as categorias emergidas dos depoimentos e seus respectivos temas, exemplificando com unidades de significado resgatadas dos depoimentos.

As discussões, apresentadas após a apresentação dos temas de cada categoria, foram baseadas nas obras revistas e consideradas no estudo. Salientamos que, na categoria Readaptação Funcional, não foram localizados artigos publicados, com esses temas ou conteúdos específicos aprofundados na área de saúde do trabalhador de enfermagem. Portanto, dada à escassez da literatura, caberá uma discussão apropriada, tendo como base o estudo em questão e a experiência do pesquisador na enfermagem.

Na análise qualitativa realizada, foram considerados 90% dos casos formalmente readaptados na equipe de enfermagem da instituição estudada, perfazendo um total de nove (09) profissionais. Desses, oito são auxiliares de enfermagem e um enfermeiro. A média de tempo de formação na categoria profissional foi de 21,6 anos e o tempo de atuação na instituição estudada é de 14,1 anos, denotando uma significativa influência dos processos de trabalho do hospital nos problemas de saúde encontrados. A idade média dos profissionais também tem forte influência nas patologias apresentadas e é de 47,9 anos de vida.

As patologias que desencadearam o processo de readaptação foram de 77,8% (07) causadas por “Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo” (CID M). Por “Transtornos mentais e comportamentais”, principalmente os quadros depressivos, representando 11,1% (1) dos afastamentos contínuos e atuais, ou seja, o profissional não retornou ao

trabalho, mesmo depois de readaptado (CID F), e 11,1% (1), foi causado pelo diagnóstico de “Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas” (CID S), nesse estudo, um acidente doméstico seguido de fratura grave.

As Lesões de Esforços Repetitivos (LER), também denominadas Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT), são representadas pelas doenças osteomusculares como causa significativa do adoecimento dos trabalhadores de enfermagem. Associando-se as novas formas de adoecimento ainda mal caracterizadas como o estresse e a fadiga física ou mental, geram um complexo processo de manifestações de sofrimentos relacionados a atividade laboral<sup>24</sup>.

A enfermagem é a categoria que se destaca como os trabalhadores mais sujeitos a LER/DORT. Isso se deve aos fatores de risco ocupacionais presentes como os biomecânicos: mobiliário inadequado, posturas viciosas, força e repetitividade; fatores relacionados à organização do trabalho: aumento de ritmo, exigência de tempo, falta de autonomia, fragmentação de tarefas e relações com a chefia e novas técnicas gerenciais como a rotatividade da mão-de-obra, intensificação do ritmo de trabalho e relações autoritárias de gerenciamento<sup>65</sup>.

Quanto à readaptação e à adequação às atividades permitidas pelo agravo desencadeante, quatro profissionais se mantiveram nas atividades de enfermagem, com algumas limitações; quatro foram reabilitados para desempenhar funções de escriturários de clínicas de internações e um,

continua afastado, renovando as licenças por motivo de saúde até a presente data, conforme relatado anteriormente.

Nesse último caso, verifica-se claramente a ausência de acompanhamento e orientação quanto aos benefícios esperados pela readaptação funcional, realizados quase que à revelia do trabalhador, pois não houve participação do mesmo no transcorrer do processo, desencadeando o estresse relacionado à autopenalização por estar doente.

Na realidade, tal procedimento faz parte de um mecanismo de defesa, pois o adoecer na sociedade capitalista é vergonhoso por ser um empecilho a produção, e deve ser ocultado, quando não, negado<sup>21</sup>.

Na **Categoria A, Organização do Trabalho**, foram eleitos os temas *sobrecarga de trabalho, negação do adoecimento, diagnóstico e assistência, plantão noturno e rodízios e saúde do trabalhador*, abordando a capacitação da equipe, controle médico e registro de acidentes, demonstrados através dos depoimentos, com várias interfaces da realidade vivenciada pelos trabalhadores.

Em relação ao tema 1, **sobrecarga de trabalho**, fica explicitado, por meio das falas, o contexto das rotinas de trabalho como um desencadeante e agravante dos problemas de saúde que atingem os profissionais da enfermagem.

*“Excesso de peso, pouco funcionário na clínica [...] muito paciente para poucos funcionários [...]” (Hortelã 1)*

*“Mais funcionários, divisão de leitos, por funcionários [...] e a postura do funcionário mexer com a cama, postura, chamar o colega para te ajudar a colocar o paciente no leito, ou tirar ele da cama para a cadeira de banho e colocar sentado; porque sozinho você não consegue, o banho de leito também tem postura correta [...]” (Hortelã 2)*

*“[...] e sozinho você não consegue fazer nada, e esforços, esforços repetitivos, ver pressão de 32 pacientes sozinha, a temperatura sozinho [...]” (Hortelã 3)*

*“[...] eu trabalhei no CS como atendente de enfermagem, então lá a gente atendia 8 médicos por turno. Assim, de manhã era um tanto, à tarde outro e eram 16 pressões/médico, agora você já imaginou quantas eu via? Esse problema veio agravando [...] primeiro era pouco médico, mas os funcionários queriam ver pressão, fazer controle de PA. Eu via 80 pressões por dia! Quando eu tava sozinha lá no ambulatório, eu abria prontuário com uma máquina de escrever, atendia o médico lá dentro [...]” (Erva-doce 1)*

*“[...] Tudo que vinha eu fazia, eu abraçava. Então o doutor de São Paulo coloca nos meus afastamentos sobrecarga (e repete esta frase acentuando a palavra “sobrecarga”) [...]” (Erva-doce 7)*

*“[...] Eu acredito que a instituição tem que olhar mais sobre isso aí, ver mais a sobrecarga que a pessoa está tendo, porque não é justo também, porque a gente tem que trabalhar com prazer [...]” (Erva-doce 14)*

*“[...] um pouco é o tempo de serviço que eu tenho, né? Eu trabalhei muito tempo no centro cirúrgico, de onde eu tirava aquelas pacientes anestesiados, pesados, a gente puxa eles da mesa pra maca e a vontade de cuidar é tão grande que a gente se esquece da gente, esquece de nós mesmos [...]”*  
(Camomila 1)

*“[...] Daí foi quando fui para São Paulo fazer a readaptação e fui proibida de trabalhar na enfermagem por causa de pegar peso.”* (Alecrim 2)

*“[...] Ah, o que contribuiu foi estar no lugar errado, fazer coisas que eu não podia fazer [...] eu não poderia estar sentando muito, não poderia pegar peso, fazer esforço físico de jeito nenhum, não andar muito, caminhar pouco e sempre procurando a posição melhor para mim.”* (Orégano 1)

*“[...] Fechar aquelas autoclaves pesadas, você tem que travar elas, “botar” força! De madrugada, com sono e puxa aquela “carroçona” cheia de material, e com sono a gente nem se lembra da postura. A gente não vê a hora de passar um plantão tudo impecável, tudo “belezinha” pra não ter o que falar, né? [...]”*  
(Camomila 3)

*“O trabalho na enfermagem contribuiu porque você senta, levanta e pega peso”*  
(Orégano 5)

*“[...] Eu carregava aqueles materiais pesados tudo sozinha. Eles achavam que a Central de Material não tinha muito serviço e tiravam as pessoas. Deixavam a gente sozinha, e foi onde eu perdi minha cirurgia.”* (Orégano 10)

*“[...] naquela época eram poucos funcionários para 30 e poucos pacientes. Então você tinha desde cuidados, medicações, levantar pacientes que*

*precisavam, às vezes, de duas a três pessoas, então era bem complicado. E às vezes, você pega peso além do seu porte físico, além do que você suporta. E foi assim durante muitos anos. Daí eu trabalhei no pronto-socorro. Empurrava maca com pacientes pesados. Muitas vezes você até descia com o paciente, empurrando-o pela rampa, sozinha. A gente fazia porque eram poucos funcionários e não tinha como. Então isso contribuiu muito porque forçava muito a coluna da gente.” (Babosa 1)*

*“[...] eu trabalhava na Central de Material, pegava aquelas caixas pesadas e ficava muito na posição da cervical abaixada (para lavar o material), e aquele formigamento, aquela dor que, a posição que você sentava no banco, mal posicionada [...]” (Babosa 8 )*

*“[...] a última coisa que ele vai tentar é eu evitar, ao máximo, de pegar peso. Inclusive ele falou que o peso maior que eu poderia estar pegando é uma caneta, uma escova de dente. Eu falei para o doutor que era impossível, pois a gente trabalha em um hospital, mesmo readaptada, é impossível fazer isso.” (Babosa 16)*

*“[...] eu não podia mais mexer com o paciente, fazer força [...] E nas centrais de materiais eu teria que pegar caixas pesadas, caixas de mais ou menos 100 peças. Eu tinha que ficar em uma mesma posição, montando essas caixas por várias horas e, eu não agüentava ficar.” (Babosa 21).*

*“Meu problema é antigo e quanto mais eu forço, mais dói [...] Então na enfermagem, foi ficando cada vez mais difícil manipular o paciente, erguer do leito, virar para limpar, então cada vez foi agravando mais.” (Manjericão 2)*

Em relação ao tema 2, negação do adoecimento, o trabalhador de enfermagem envolve-se de tal maneira com o processo de cuidar que negligencia sua própria doença. Seguem os depoimentos destacados:

*“[...] Mas, eu acho que o que contribui mesmo, foi eu sentir as dores e continuar trabalhando e não procurar na devida época, o tratamento certo, adequado [...] o que prejudicou mesmo meu tratamento foi eu teimar em continuar trabalhando, sem comunicar que eu não estava bem.” (Malva 3)*

*“[...] Então, descobrindo antes e podendo identificar ali, a causa, é muito mais fácil pra gente, menos sofrido, do que ficar teimando, “Não! Eu vou agüentar!” Sabendo que uma hora você pode cair e não conseguir levantar!” (Malva 5)*

*“[...] você não sabe o que você tem; você tem que ir trabalhar e vai doente. E quantas vezes eu não fui trabalhar doente!” (Orégano 6)*

*“[...] inclusive meu marido ficava bravo de eu ir trabalhar doente. Dizia, como que pode você ir trabalhar doente, e eu trabalhei muitas vezes doente.” (Orégano 41)*

*“[...] porque trabalhar com dor não é fácil. É terrível! Porque eu não desconto minha dor em ninguém, procuro sorrir, mas só eu sei como eu estou! Porque ninguém é culpado e eu não vou tratar um cliente mal, com cara feia, porque eu estou com dor.” (Babosa 41)*

*“[...] a gente quer dar um bom atendimento, um acolhimento e acaba fazendo o que não pode fazer, porque eu não consigo deixar o paciente na maca ali fora. Eu vou colocar ele para dentro.” (Babosa 44)*

No tema 3, diagnóstico e assistência, algumas falas denotam a dificuldade no diagnóstico, acompanhamento e conseqüentemente, resolução do problema, mesmo o profissional de enfermagem fazendo parte do quadro da instituição hospitalar e estando inserido no sistema de saúde pública.

*“[...] fui acumulando cansaço físico, mental, psicológico, e quando eu fui perceber, eu já não estava bem [...] Ia ao médico, ele dizia que eu tinha um “pinçamento” na coluna e desse pinçamento só ficava nisso aí, e com isso eu fiquei três anos afastada! Três anos muito sofrido, com muita dor, e até que se descobriu que não era somente pinçamento, era, é, ruptura de três tendões [...] e depois da cirurgia, melhorei [...]” (Malva 2)*

*“[...] Eu tive que me afastar um tempo, depois eu voltava trabalhar, estava de novo! Eu usava tipóia, voltava,doía de novo [...] aí eu comecei a me sentir mal [...]” (Erva-doce 4)*

*“[...] eu sempre tinha alguma coisa, estava cuidando do rim, tinha dores, teve um médico que achou que eu estava com cervicite. Então eu cuidava de outras coisas menos da coluna.” (Orégano 3)*

*“[...] fui tratando com vários ortopedistas, fazendo exames, mas nunca chegavam a um diagnóstico correto, só paliativo e a dor aumentando [...]” (Babosa 4)*

*“[...] “Você não tem coluna mais!” “ A sua coluna é pior que a de um velho de 70 anos!” Ele, o médico, usou essa expressão. “Que aconteceu? Você não tem*

*coluna! Você tem sete bicos de papagaio, menina!”. Naquela época, eu era bem mais jovem que agora.” (Babosa 13)*

*“[...] meu marido me levou, pagou a cirurgia porque eu já não agüentava mais de dor, eu andava com o braço pra cima, a parte emocional estava lá em baixo! Aí o psicólogo me atendeu, me ajudou muito, (emociona-se!) ele me ajudou muito na época! [...]” (Erva-doce 5)*

*“[...] quando minha perna começou a adormecer e dar “choque” na perna, eu quase já não estava mais andando mais, eu estava com 25 anos. Daí eu precisei cair, para descobrir que eu tinha problema de coluna seriíssimo e ia parar na cadeira de rodas, porque já estava bem “escorregado” e se chama “espondiolite”. Aí eu já estava com lordose, com cifose, tudo no grau III, passando do limite e eu não sentia minha perna direito, na época.” ( Orégano4)*

*“Esperei passar a dor, aí fui fazer uma série de exames, tomografia e me encaminharam pra Botucatu. Fiz mielografia e descobriram que eu perdi a cirurgia e minha coluna está segura por um fragmento minúsculo e de um lado só”. (Orégano 13)*

*“Eu operei, eu fiquei muito bem. Médico de fora. Porque meu caso é raro.” (Orégano 14)*

*“Cheguei lá, o médico mal olhou para mim e falou que era bursite me deu um atestado falando que eu tinha que ficar 4 dias sem fazer esforço [...]” (Babosa7)*

*“[...] tinha comprovado que eu tinha hérnia de disco. Mas ninguém indicou a cirurgia. Era só tratamento, tratamento, Voltarem, muita dor, só essas coisinhas. Eu tomava remédio por conta, porque já não tinha mais o que tomar.” (Babosa 10)*

*“E eu gritava de dor. “Pára, pelo amor de Deus, me tira essa dor. Eu não suporto mais!”(Babosa 12)*

*“[...] no começo também fiz fisioterapia nos dedos da mão, mas depois de ficar torto (ri), não tem mais jeito. Eu tive bursite esses dias atrás e nossa, ainda dói aqui (mostra os dedos e o braço). Fiquei aqui travada. É a terceira vez que tenho bursite. Aí a fisioterapeuta também fez aquele banho de parafina, não sei se é assim que falo, eu fiz uma três vezes, mas depois que o braço já estava travado, aí não adianta mais fisioterapia.” (Manjericão 4)*

O tema 4, trabalho noturno e rodízios, característico da profissão de enfermagem, interferem na qualidade de vida e conseqüentemente na saúde do trabalhador. Além disso, por ser um período que costuma contar com menor número de funcionários, tem interface ainda com a questão da sobrecarga. A sugestão de rodízio de plantão e área de atuação aparece como ponto para não sobrecarregar o funcionário em determinados turnos ou clínicas e a preocupação da chefia quanto à adaptação na nova área;

*“[...] trabalhando só [...] à noite, sempre no mesmo período[...] foi mais ou menos uns 11 anos, só trabalhando à noite[...] os “pesos” eram bastante, de*

*acordo com a minha estatura e também ficar muito tempo sem dormir [...] eu não conseguia dormir durante o dia, eu não durmo durante o dia [...]* (Malva, 1)

*“[...] meu problema cervical poderia ser evitado, se na época eu tivesse um atendimento maior na minha postura, porque foi peso mesmo, porque na época você fazia aquele monte de coisa, talvez por ter poucas pessoas à noite. Eu creio que eu ganhei esse problema por isso [...]* (Camomila 7)

*“[...] eu estava numa escala e a chefia chegou pra mim pra cobrir o noturno e eu fui só que tinha só três funcionários no centro cirúrgico e central de material.”* (Orégano 9)

*“[...] então chegaram de madrugada do acidente e fui lá na porta e o paciente estava todo ensangüentado. Estava eu e o motorista, ele e eu pegamos na maca e puxei para o meu lado e, no corre-corre do atendimento, eu não percebi e eu comecei a sentir dor.”* (Babosa 2)

*“Olha, eu penso que deveria fazer uma revisão de funcionário, o funcionário não ficar num período só [...] então eu acho que devia ter rodízio, que tinha que mudar de uma clínica pra outra de vez em quando, do período diurno para o noturno, do noturno para o diurno, fazer uma revisão para que a pessoa não venha a sofrer o que eu sofri [...]* (Malva 4)

*“No meu caso me colocaram no centro cirúrgico, então eu nunca fui readaptada ali, nunca fui readaptada ali. Nunca! Porque lá você continua manipulando o paciente, mudando de maca e mesa cirúrgica. O paciente agita depois da cirurgia e se eu cair junto com o paciente.”* (Orégano 27)

*“Então me chamaram para vir pra cá (escrituraria da clinica). A primeira vez eu falei que não queria não. Daí, na segunda vez falaram que estava precisando muito, aí eu vim.” (Manjericão 8)*

*“[...] minha sugestão é a chefia dar manutenção para os funcionários readaptados, ou que não são, mas que tem um problema, porque tem funcionário que está trabalhando porque precisa mesmo, então poderia arranjar outro local para trabalhar, porque tem tanta gente em condições de vir trabalhar aqui, enquanto ficam pessoas impossibilitadas, que poderiam ir pra um lugar mais tranqüilo. Eu acho que tem como remanejar. Porque assim evita do funcionário estar tirando licença e estar trabalhando, pois ele pode ser útil em outro lugar.” (Babosa 34)*

*“Enquanto não saia a publicação no diário oficial, eu fiquei para levar paciente para os exames, fiquei no expurgo, tinha que usar luvas, estava muito “puxado” pra mim. Eu fiquei pior, né? Porque transportar o paciente, colocar e retirar da maca, levar até a hemodiálise (realizada em um prédio fora do hospital), colocar e tirar da ambulância, né? Descer na hemodiálise, colocar na cadeira-de-rodas, empurrar lá dentro, empurrar a maca, estava “puxado” também!” (Manjericão 7)*

No tema 5, Saúde do Trabalhador, os depoimentos refletem a falta de orientação adequada dos setores responsáveis pelo encaminhamento das questões relacionadas à parte administrativa, registro de acidentes de trabalho, controle médico e a humanização do cuidado e orientação ao trabalhador afastado de suas funções ou readaptado em sua profissão. Destaca-se a

necessidade de capacitação das áreas e setores envolvidos com a questão.

Observemos os depoimentos:

*“[...] o departamento jurídico do hospital orientou entrar com aposentadoria; pelo menos se livra, né? Pelo menos você passa por perícia e aí eu fiquei afastado uns 2 anos e meio, 3 anos. Aí saiu negado (a aposentadoria) e logo depois saiu publicada minha readaptação, eu nem sabia. Foi uma atitude lá do departamento de perícias médicas, no hospital ninguém entrou em contato, nem recursos humanos, nem diretoria de enfermagem, nenhum relatório foi enviado pelo hospital.” (Louro 5)*

*“[...] enfim o processo foi publicado no Diário Oficial, após passar por uma junta médica (uns três ou quatro médicos), no DPME e mandaram-me aguardar na unidade de origem. Vim embora sem nenhuma consulta, nenhuma orientação e o DP me ligou avisando que eu estava readaptado oficialmente.” (Louro 8)*

*“O pessoal da perícia médica do Estado são “fogo”, eles tratam a gente muito mal, muito mal mesmo. Eu até achava que readaptado seria mais fácil, mas é o contrário, para entrar em licença, precisa de ofício do diretor, atestado e relatório médico e muitas burocracias. Quando não vem negado. Precisa do rol de atividades, do que você faz depois da readaptação. Parece que eles não acreditam nos médicos daqui.” (Louro 12)*

*“Tenho que acordar às 05h30min para colher os exames. Não posso perder. Se perder, já viu, né?” (Louro 15)*

*“Além da gente não poder ir trabalhar no setor “pesado”, como ela me colocou lá na clinica de especialidade, eu não posso trabalhar na especialidade; aquele pessoal é totalmente dependente (neurocirurgias).” (Orégano 21)*

*“[...] se você pegar o meu rol de atividades, ele está mentiroso. Ele é um rol que não estão fazendo certo, porque ele foi copiado daquele que veio de São Paulo e o certo é eu seguir o que a enfermeira fez aqui e esse ser encaminhado para São Paulo.” (Orégano 25)*

*“[...] eu tenho dificuldades de ir pra São Paulo. Eu não sei andar lá sozinha. Junta o sono (toma medicação para ansiedade e depressão) e a tensão e eu tenho que pagar pra alguém ir comigo. Paguei pouquinho e a passagem. Aí cheguei aqui e o DP falou que eu ia ter que voltar para uma perícia de prorrogação. Falta muita orientação da parte deles (DP).” (Orégano 48)*

*“Fui para o médico, ele medicou. Aí eu fiquei engessada da cervical até a região abdominal, e eu fiquei engessada 18 dias tomando Dolantina na veia, porque a dor era insuportável! [...] fiz exames, sempre tratando, sempre com dor na cervical, sempre usando colete, usando colar cervical. Dessa época pra cá, eu não fui mais gente, não sei o que é ficar nenhum dia sem tomar remédio para a dor.” (Babosa 3)*

*“[...] até que chegou um dia, eu estava trabalhando aqui e não agüentava mais. Eu chorava porque não tinha como ficar sentada, como ficar em pé; a única coisa que melhorava um pouco era deitada e começou formigamento, e meu braço começou a ficar edemaciado, o braço do lado direito.” (Babosa 5)*

*“[...] entrei em uma crise, nesse dia que eu passei no médico ele me mandou tomar Dorflex, porque era a bursite. Eu peguei o atestado, mas pensei comigo, não vou entrar de licença por 4 dias, tomando Dorflex, sendo que eu já havia tomado remédio mais forte, então eu falei que isso não ia me adiantar nada e vou ter que procurar alguma coisa.” (Babosa 11)*

*“Os médicos falaram que meu caso é sério, é comprometedor, que eu posso ficar até paraplégica se for submetida à outra cirurgia. Mas quem olha pra gente, aparentemente, não vê. Acha que você não quer trabalhar, que está blefando, só que você tem tudo ali.” (Babosa 19)*

*“[...] o doutor falou que eu estava trabalhando muito “dopada” e eu falei que eu tinha que trabalhar que não posso ficar de licença, eu tenho minha família pra sustentar, entendeu? Então eu venho trabalhar assim, tomo os remédios todos pela manhã, e fico assim mesmo. Alguns, o organismo já está se acostumando, porque no começo era mais difícil, eu chegava a bater a cabeça na parede! Eu cambaleava porque o organismo não estava adaptado. Hoje eu venho para o trabalho, e cochilo no carro, pois não posso vir a pé senão chego com dor aqui. Então eu levanto, venho trabalhar 6 horas aqui e, tem dias que eu saio daqui e “não sou mais ninguém”, chego em casa, tomo um banho, tomo o remédio para dor e deito.” (Babosa 30)*

*“Aí o médico me mandou pra Botucatu pra operar novamente e pediu aposentadoria, pois meu caso ele disse que era de aposentadoria. Aí eu falei que eu não queria, pois achava que era muito nova para aposentar, eu ainda não sabia que existia readaptação.” (Orégano 16)*

*“Então para trabalhar bem, você tem que estar bem. Você tem que estar bem, para trabalhar bem! Quanto mais você se esforça para trabalhar bem sem estar bem, é difícil!” (Babosa 42)*

*“Quando tinha um mês que estava aqui eu preendi o dedo no portão (a psiquiatria tem uma grade que impede a entrada e saída espontânea de pacientes, para segurança dos próprios e da instituição e, conseqüentemente, dos trabalhadores). Abriu meu dedo assim (e mostra o local), cortou com necessidade de “dar pontos”. (Mostrou a cicatriz). Tirei licença! O acidente aconteceu porque um paciente queria fugir e eu estava chegando do almoço e ele (o paciente), veio com tudo e eu fiquei com medo.” (Manjerição 9)*

*“[...] eu caí e para não cair aquele monte de coisa em cima de mim, eu tentei segurar, né? Aí foi onde deu tendinite, deu Túnel de Carpo, um monte de coisa. Eu fui pra lá e já fui direto pro chão. Não foi aberto Comunicação de Acidente de Trabalho, mesmo eu procurando o Departamento de Pessoal. Eu estava internada e uma colega que foi pedir orientação e o rapaz do DP disse que tanto fazia eu entrar de licença médica como acidente de trabalho. Então “passou batido”. (Orégano 11)*

*“Era uma hérnia cervical, enorme e seca. Aí eu fiz um enxerto, tirou três centímetros do osso do quadril e aumentou em três centímetros. Depois disso deu uma melhorada; melhorada em termos porque eu fiquei três anos diretos, passando em consulta, tomando Tramal, tomando relaxante [...] Mesmo depois da cirurgia, durante ainda uns três anos, ainda formigava 24 horas. Eu não posso ficar muito tempo sentado nem muito tempo em pé.” (Babosa 15)*

*“[...] eu cheguei lá e me prejudiquei de novo, porque fui pegar o paciente. Foi um acidente de trabalho. Todo mundo viu, eu saí na cadeiras-de-roda que o paciente entrou, e fui direto para o Pronto-Socorro. Aí que foram descobrir que eu era readaptada oficialmente.” (Orégano 22)*

*“Além da toda a correria para passar em consulta médica para fazer aos exames, para pegar os remédios, pois o médico se esquece de preencher corretamente os protocolos (CID, justificativa), e a gente tem que ficar correndo atrás. O médico estava em reunião, passou do meu horário de comer e tomar os remédios. Os remédios são caros e em grande quantidade e, portanto não tem como a gente comprar, manter o tratamento sem depender das pessoas do hospital.” (Louro 7)*

*“Precisou os médicos (neurocirurgiões do hospital), me verem lá (trabalhando), e dizerem: “Mas o que você está fazendo aqui?” Na frente da enfermeira, eles me mandaram ir embora dali. Ficaram bravos comigo, eu fiquei até com vergonha. O Dr. X (neurocirurgião), disse: “Você sabe que você não pode estar aqui, vai cuidar de você porque você sabe que seu fim é a cadeira-de-roda, então você vai pra casa e o atestado a gente vê depois”. Aí é falta, é abonada, pra depois sair a licença. Então você já sabe, né?” (Orégano 39)*

*“Até o que me constrange é o DP do hospital que fica sabendo o diagnóstico e comenta com outras pessoas, mesmo sendo codificado, eu tenho certeza que vão procurar o que é.” (Louro 19)*

*“[...] eu sabia que eu era readaptada, mas meu papel ficava guardado lá em uma gaveta. Ninguém sabia onde estava. Tanto é que levou quase três anos para publicação.” (Orégano 30)*

*“[...] e eu ia ao médico, passava remédio, fazia fisioterapia e fazia uma coisa e outra e nada, aí eu passei em uma médica do trabalho e ela falou, ela pesquisou o que tava acontecendo, inclusive ela pegou uma CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), para abrir, eu tenho a CAT até hoje e ela não abriu! Com testemunha e tudo e ela não abriu a CAT! [...]” (Erva-doce3)*

*“[...] no hospital eu tenho muito medo de cair no Centro Cirúrgico (CC), pois caem produtos e secreções e o chão fica liso, escorregadio.” (Orégano 42)*

*“[...] eu recebi uma convocação pra ir à perícia em São Paulo, e o médico de lá também ficou bravo comigo. Mas eu levei um rol “falso”, pois diz que eu só atendo telefone, que eu recepciono os acompanhantes dos pacientes em recuperação, mas imagine que eu faço só isso! E lá está constando que eu faço só isso.” (Orégano 44)*

*Nesses destaques dos depoimentos, há a comprovação nos discursos, da realidade do risco de sobrecarga de trabalho na enfermagem e escalas de trabalho em turnos, ressaltando a questão do período noturno como agravante. Baseado no subdimensionamento de componentes na equipe, o trabalho desencadeia doenças ocupacionais. Várias reflexões são desencadeadas, inclusive com sugestões para resolução dos problemas, através do levantamento de dificuldades com o diagnóstico e acompanhamento do trabalhador atingido pelo agravo de saúde.*

*O cenário da saúde do trabalhador requer a atenção de todas as áreas envolvidas, unindo esforços para fornecer subsídios e soluções para as dificuldades do trabalhador na instituição estudada.*

*A avaliação das conseqüências da doença para o trabalhador ou o grau de incapacidade ou disfunção existente por ocasião do diagnóstico, influencia a capacidade que o lesionado tem de retornar a atividade que exercia ou ao trabalho em geral<sup>34</sup>.*

*Apesar dessas preocupações, nem sempre as chefias conseguem alocar o trabalhador na tarefa que eles mais gostariam de realizar, trazendo insatisfação. Para amenizar essa situação, há de se estabelecer uma forma de organizar o trabalho que permita um rodízio de atividades de acordo com a competência de cada categoria, sem que traga prejuízo à assistência, aos pacientes e a própria instituição<sup>56</sup>.*

*Na organização e divisão dos trabalhos em enfermagem, o trabalhador se expõe a várias cargas, como a de materialidade externa, entendida como as cargas biológicas, químicas, psíquicas e nessa categoria analisada, as cargas mecânicas e fisiológicas, exemplificadas pela manipulação de peso excessivo, trabalho em pé, posições inadequadas e incômodas e trabalho noturno e rodízios de turno<sup>66, 64</sup>.*

*As condições acima citadas representam uma constante no trabalho da enfermagem, principalmente na mulher trabalhadora, contribuindo para a gênese de um distúrbio osteomuscular. Uma variedade de atividades, intensidade do ritmo de trabalho, além da própria organização do trabalho, são aspectos possivelmente relacionados à ocorrência dessas lesões<sup>58</sup>.*

Considera-se importante no grupo de doenças osteomusculares, o reconhecimento dos fatores de risco, a análise ergonômica do trabalho, o diagnóstico precoce e preciso, um plano terapêutico adequado e a conveniência do afastamento dos trabalhadores sintomáticos das situações de exposição. Essas atitudes permitirão uma melhor abordagem na prevenção, tratamento, acompanhamento e recuperação dos trabalhadores acometidos por essas patologias<sup>34</sup>.

*A negligência do trabalhador de enfermagem com a própria saúde evidencia a influência do contexto histórico, no qual o cuidado do paciente supera suas dores. Na prática, existe uma resistência desse profissional em admitir que esteja doente, deixando de lado seu corpo, até que ele apresente algum sinal e sintoma de doenças. Há um conjunto de fatores que passam pela pressão no ambiente de trabalho e maus hábitos, como a má alimentação e associado a esses comportamentos, poucos profissionais de saúde incorporam hábitos de prevenção de doenças e melhoria na qualidade de vida.*

*O trabalhador que presta assistência em saúde, direta ou indiretamente, demonstra preocupar-se muito com o cuidado do cliente e pouco com os riscos a que está exposto ao prestar esse cuidado<sup>28</sup>.*

*Nas situações em que o trabalhador está exposto constantemente a riscos concretos, esses passam a ser naturalizados, como um mecanismo de defesa para a sobrevivência psíquica. De forma inconsciente, os riscos são aceitos como parte do trabalho desenvolvido<sup>5</sup>.*

*A demora do diagnóstico e a falta de assistência ao trabalhador de saúde colaboram com a crescente preocupação do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus representantes, em voltar a atenção à Saúde do Trabalhador de Saúde, através de resoluções, normas regulamentadoras e COMSATs (Comissão de Saúde do Trabalhador), nas instituições hospitalares<sup>48</sup>. Essas se fazem de sobremaneira importância, visto os depoimentos destacados no tema “Saúde do Trabalhador”.*

*Essa discussão se faz presente no estudo de Elias e Navarro (2006)<sup>5</sup>, quando em depoimentos os trabalhadores de enfermagem queixam-se da dificuldade de atendimento psicológico, mesmo apresentando quadros de nervosismo e depressão, inclusive , como no estudo ora apresentando, necessitando lançar mão de recursos financeiros próprios para a manutenção da assistência e tratamento.*

*Continuando, os mesmos autores observaram um descontentamento generalizado, devido à instituição de saúde que trabalhavam não prover o cuidado a seus empregados, que cuidam da saúde de outros. O sistema não lhes dá oportunidade de cuidados eficientes, em suas percepções.*

*Na instituição estudada, esse cenário já está se modificando com a implantação da COMSAT. Essa comissão conta, atualmente, com a presença de dois auxiliares de enfermagem com a tarefa de agendamento de consultas, exames de apoio diagnóstico e convocação de faltosos; também realizam investigação de acidentes de trabalho. Prestam atendimento ao trabalhador, dois médicos generalistas, realizando consultas agendadas e acompanhamentos de periódicos e uma enfermeira que responde pela coordenação do grupo e das atividades educativas e de supervisão na instituição de modo geral. A equipe está aquém das necessidades do trabalhador e da instituição.*

*Várias dificuldades são vivenciadas, inclusive pela falta de conhecimento do trabalhador sobre o seu papel como agente de prevenção dos agravos a que se expõe e sujeito participante do processo de recuperação de sua própria saúde.*

*Há a evidente falta de capacitação dos profissionais médicos, da própria enfermagem e dos profissionais administrativos das áreas de recursos humanos e departamento de pessoal, quanto ao atendimento, acompanhamento e orientações pertinentes aos aspectos clínicos, sociais bem como direitos trabalhistas do trabalhador licenciado e/ou readaptado de suas funções, por motivos relacionados à saúde ocupacional, demonstrando a escassa visão de integralidade do ser humano, proposta básica do Sistema Único de Saúde no Brasil.*

*Uma mudança de comportamento se faz necessária, nos aspectos educativos, voltados para a formação profissional, com enfoque à saúde do trabalhador de enfermagem, bem como, dentro do processo de organização do trabalho, esse seja valorizado e respeitado em suas potencialidades e limitações.*

Na categoria B, Trabalho em equipe, emergiram os temas “pressão da equipe” e “apoio da equipe”, demonstrando as interfaces das dificuldades de relacionamento entre o grupo e a influência da falta de informação e comunicação nesses conflitos.

No tema 1, a pressão da equipe percebida pelo trabalhador em situação de afastamento por doença envolve desconfiança, exclusão, limitação e a subvalorização do problema alheio.

*“[...] E a chefia não via isso! A chefia não via, a chefia não acreditava que eu estava doente; ficando doente, eu não tive apoio, eles riam na minha cara (expressão de humilhação e tristeza), e no final falavam que eu estava atrapalhando o setor (sentimento de tristeza e indignação) [...]” (Hortelã 4)*

*“ A gente ouve aquelas coisas “Foi tirado da enfermagem porque tá doente. Tiraram ele da enfermagem porque não pode trabalhar com paciente. Tiraram ele da enfermagem porque ele tem isso. Tiraram ele da enfermagem porque ele tem aquilo.” Só que eu fui até meio ingênuo, eu não sabia que comentavam.” (Louro 3)*

*“[...] eu me senti assim, como falar, jogada pras traças, jogada pro canto (Jogada pro canto? eu perguntei.) pro canto!!! Aquela lá não serve mais! Não serve mais!!! Isso dói bastante, não poder mais mexer com o paciente [...]” (Hortelã 5)*

*“[...] você acha chato dar satisfação para os colegas e o colega fica falando por trás, ela faz aquilo, mas para trabalhar ela está doente, e eu sempre fui; sempre esquecia meus problemas, mas eu sabia minha dor, mas ninguém sabe.” (Orégano 7)*

*“[...] Faço periódicos, atendimento ambulatorial, eu vejo a pressão, mas com o outro braço, é assim, faço investigação, mas tem gente que acha que eu estou passeando no hospital! [...]” (Hortelã 6)*

*“[...] eu já cansei de ouvir dizer: “Você está doente, fique em casa!”(Babosa 17)*

*“Eu passava no ambulatório, com o infectologista. Aí as pessoas perguntavam por que eu tava passando com ele, e os colegas falavam o meu problema. Eu acho que isso nem é ética profissional, é respeito.” (Louro 10)*

*“Mas era “frescura” minha, né? Era “frescura” minha!”-(Orégano 18)*

*“[...] Porque eu escutei muita gente falando: Ah! Não vem trabalhar. Qualquer “coisinha” não vem trabalhar! [...]” (Alecrim 3)*

*“[...] porque é duro ouvir pelos corredores, funcionários atrás de você dizendo: “Ah! Fulano está andando aí pelos corredores!” “ É lógico, eu não posso parar!”Então para você estar doente, você tem que estar com uma perna amputada ou um membro decepado?! Eu não posso me entregar, porque se eu me entregar eu vou piorar! Eu tenho que trabalhar a minha mente e aprender a conviver com a minha doença! “Eu sei que não vai ter cura.” (Babosa 20)*

*“[...] era um comentário entre os auxiliares de enfermagem, porque era uma falta de funcionários no setor.” (Orégano 31)*

*“[...] não podia montar material, um olhava de cara feia, eu não podia empurrar e montar o carrinho da autoclave ia enxugar os materiais, os movimentos já começavam a doer e eu tinha que parar; aí o colega falava: “Por que não fica em casa?”(Babosa 24)*

*“[...] tinha comentários que eu tava com frescura.” (Orégano 33)*

*“[...] aquela coisa sabe a gente não consegue; a gente não consegue agüentar. Aumenta a pressão, dá diarreia, dá vômitos, dá dor no corpo, dá tristeza, dá tudo!” (Louro 14)*

*“[...] a colega chega e você está com dor de cabeça, e ela quer ter “duas cabeças” pra doer mais que a sua!” (Orégano 35)*

*“No almoxarifado, foi um episódio de eu oferecer minha cadeira para a colega sentar e ela disse que não ia sentar porque a cadeira ainda estava quentinha, meio em tom de brincadeira, mas realmente não sentou na cadeira.” (Louro 18)*

*“E o dia que eu chegava e tinha que pedir para o meu marido ligar e dizer que não ia dar mesmo (para trabalhar), porque eu não estava levantando, pedia para dar o recado e a colega falava que não ia dar recado não, que eu tinha que ir lá falar com a chefia pra justificar. E eu pedia, “por favor, dá o recado aí, anota no livro pra poder providenciar outra pessoa, porque eu era sozinha.” (Orégano 36)*

Em contrapartida ao tema 1, o apoio da equipe, no tema 2, aparece em alguns momentos dos depoimentos, resgatando a solidariedade e a proteção recebidas de alguns colegas do setor.

*“[...] Então eu tenho que agradecer muito esse apoio de minha família e da equipe que eu trabalhava também, [...] tanto é que quando eu voltei, eles me quiseram de volta (na mesma equipe), mesmo limitada [...] E eles estão me ajudando, esse grupo, eu reconheço isso e eu fico muito grata a eles, porque de outra maneira não sei como ia ser porque a gente fica muito fragilizada. A gente sente assim que você está tão “capenga”, metade de você trabalha,*

*metade não trabalha, sabe é um sentimento assim que só quem passa que vive.” (Erva-doce 10)*

*“Quem me ajudou muito foi a chefe do almoxarifado. Ela me ajudou muito, pois tinha dias que eu chorava o dia inteiro e ela me levava no PSMA e eles me aplicavam um Diazepan.” (Louro 13)*

*“[...] a colega da recepção do centro cirúrgico me chamou e disse pra eu sentar perto dela. Eu devo muito a ela. Ela foi muito minha amiga (emocionou-se). Ela disse, “senta aqui perto de mim! Perto de mim ninguém vai judiar de você!”(Babosa 26)*

*“A equipe me aceitou bem, pelo menos parece que estão contentes. Os colegas me aceitaram bem porque já sabiam do meu problema [...]” (Manjericão 11)*

*“[...] minha colega me chamou e falou para eu ajudá-la, atendendo um telefone e eu fui ficando, mas não que a minha chefia falou: “Fica, ajuda, faça!”(Babosa 28)*

Nessa categoria, a questão de relacionamento interpessoal individual, com a equipe, deixa evidente a resistência do profissional de saúde em aceitar o processo de adoecimento; e, paralelamente, os colegas podem não aceitar o adoecimento do outro ou achar que o problema não é suficientemente grave, para que ele se afaste do trabalho. Essa situação reproduz a violência ocupacional, no qual a vítima é a enfermagem, que procura defender-se

através de agressões verbais entre o próprio grupo e através da indiferença ao sofrimento de qualquer membro desse mesmo grupo<sup>67, 62</sup>.

Várias dificuldades manifestam-se durante o trabalho em equipe, desencadeando no trabalhador de enfermagem afastado de suas atividades, sentimentos de exclusão no próprio local de trabalho e não reconhecimento pelo seu passado profissional. Ao se afastar do trabalho, ele perde o vínculo com os membros do coletivo de sua área de atuação, agravando a fragilidade provocada pelo adoecimento<sup>24</sup>.

Esse sofrimento é reforçado pela percepção que o trabalhador tem de que seus colegas resistem em reconhecer sua doença, provocando atitudes que possam torná-la visível, inclusive alterando seu comportamento e sua identidade. Há de ressaltar os ressentimentos gerados pelo trânsito freqüente entre perícias, filas, comentários de vizinhos e conhecidos<sup>24</sup>.

O relacionamento fica conflitante e a falta de comunicação efetiva e eficiente desencadeia falsos julgamentos, insegurança, descrença e sentimentos negativos e pejorativos, que envolvem o trabalhador de enfermagem que necessita realmente se afastar por problemas de saúde. É válido resgatar o conceito de saúde, conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), como o completo bem estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença. Há a necessidade de esse conceito ser reconsiderado pelos próprios profissionais de saúde.

O trabalhador se vê impedido de realizar suas funções de maneira correta, com incompatibilidade de métodos e regras que o constroem diante do trabalho. Essa precariedade das condições de trabalho, somadas as

dificuldades de convivência com os colegas acarretam prejuízos a vida cotidiana e privada desse trabalhador<sup>53</sup>. O sofrimento aumenta proporcionalmente na medida em os esforços para satisfazer sua necessidade nos planos afetivo, político, social e material, não são satisfeitos<sup>54</sup>.

É importante salientar que não somente o conteúdo das tarefas a serem desenvolvidas pelo trabalhador influencia seu comportamento psíquico, mas também, a qualidade da relação entre seus pares e com a hierarquia<sup>61</sup>.

*O conceito integral de saúde e doença nos remete ao olhar de investigação dos casos de afastamento, considerando sempre que nosso colega está com alguma necessidade humana em desequilíbrio, seja ela qual for. Para tanto, basta resgatarmos a carga de exposição a vários fatores de risco, em que o profissional de enfermagem se expõe pela própria característica de seu trabalho e o ambiente em que essas relações se interagem.*

*Dentre os fatores de risco organizacionais, os conflitos grupais aparecem como desequilíbrios psíquicos, demonstrando uma dificuldade de relacionamento entre a equipe, oferecendo riscos à saúde do trabalhador, gerando o estresse laboral, desencadeados pela sobrecarga de trabalho<sup>19</sup>.*

*Demonstrações de defesa coletiva podem ser vivenciadas quando há solidariedade entre a equipe, vencendo aspectos hierárquicos e criando uma proteção para o grupo. Nesse sentido, a equipe se autodefende e autoprotege<sup>53</sup>.*

Como categoria C, o afastamento e a readaptação funcional, fatos concretos e de relevância no estudo, demonstraram três temas carregados de sentimentos, ora negativos, ora positivos, causados pelo impacto de fatores culturais, sociais e de gerenciamento do processo. Dada a insipiência das pesquisas no assunto, enfocamos essa discussão com atenção.

Encontramos no tema 1, “peso” das licenças-saúde, a dimensão de carga negativa que o processo de afastamento do trabalho assume para o trabalhador com importante significado, como se demonstra nas unidades abaixo.

*“[...] eu me sentia assim, ai, e agora? Eu não estou sendo útil! Às vezes eu vinha para pegar minha licença, passar pelo departamento, né? (Departamento pessoal) Para pegar minha papelada, para levar na perícia, eu não me sentia bem com aquilo. Quando eu entrava dentro do hospital eu queria trabalhar! Então, eu saía com aquele papel na mão, frustrada, eu ia para perícia assim, - mas eu estou enxergando, estou andando ,é só um braço que não mexe!(risos) Dá para eu fazer alguma coisa! Eu não queria ter ficado todo aquele tempo parado.” (Malva 9)*

*“Não era só isso que eu queria estar fazendo, eu queria estar produzindo mais, mas infelizmente minha doença não permite, não é porque eu quero. Isso leva a gente á um estresse tremendo! Um desgaste tremendo! (emocionou-se novamente).” (Babosa 18)*

*“[...] sofri muito, entrei em depressão (Emocionou-se). Não gosto nem de lembrar, juro por Deus! Sofri muito. Fiquei afastada de minhas funções por um ano e dez meses [...]” (Alecrim 1)*

*“No caso de minhas licenças, porque eu estava de licença, as pessoas deveriam responder somente que é porque eu precisava, estava doente, e não já contar o que eu tinha me expor.” (Louro 11)*

*“[...] agora que surgiu uma lei nova aí, que as enfermeiras ficaram com medo de se prejudicarem que vieram falar comigo, depois de muito tombo, depois de muita licença, de me prejudicar muito, porque licença a gente se prejudica.” (Orégano 20)*

*“[...] tive que ficar sete meses afastados; tinha que ficar renovando licença [...] foi mais quatro meses pra fazer a nova cirurgia da mão [...] a gente não via o horizonte, a gente não sabe a quem recorrer [...]” (Erva-doce 6)*

*“Então, agora eu só estou parada porque não arrumaram “um canto” pra mim, porque a minha vontade era levantar cedo e estar trabalhando, eu adoro trabalhar; aqui em casa eu não consigo parar, adoro trabalhar.” (Orégano 24)*

*“[...] Eu tiro licença porque eu estou doente e não pra passear! Isso é uma coisa que eu jamais faria porque eu sofro em estar afastada.” (Babosa 35)*

*“[...] minha diretora é uma pessoa maravilhosa, comprou um aparelhinho pra verificar pressão digital, porque, senão eu tenho que chamar alguém pra fazer isso pra mim, é humilhante (ênfase), eu não gosto! Eu acho que se eu não tenho a capacidade, então não é pra eu ficar aqui, se eu não posso fazer o serviço completo, então eu me cobro isso, até hoje eu me cobro! [...] o que eu não posso eu não vou pegar, né? Porque eu que vou sentir! Uma época eu não*

*tive apoio assim da instituição, falar assim vai para o Servidor (HSPE). Então meu marido que resolveu, me levou, pagou tudo, e eu só afastando, afastando, afastando [...] (Erva-doce 8)*

*“[...] o doutor falou que eu estava trabalhando muito “dopada” e eu falei que eu tinha que trabalhar, que não posso ficar de licença, eu tenho minha família pra sustentar, entendeu? Então eu venho trabalhar assim, tomo os remédios todos pela manhã, e fico assim mesmo. Alguns, o organismo já está se acostumando, porque no começo era mais difícil, eu chegava a bater a cabeça na parede! Eu cambaleava porque o organismo não estava adaptado. Hoje eu venho para o trabalho, e cochilo no carro, pois não posso vir a pé senão chego com dor, aqui. Então eu levanto, venho trabalhar 6 horas aqui e, tem dias que eu saio daqui e “não sou mais ninguém”, chego em casa, tomo um banho, tomo o remédio para dor e deito.” ( Babosa 30)*

Sentimentos emergiram dos depoimentos como constrangimento, medo, infelicidade, vergonha, desconfiança e inutilidade no ambiente e processo de trabalho, o que gera insegurança e vontade de omitir o próprio processo de readaptação, quando possível. Essas características são destacadas no tema 2, sentimentos negativos relacionados à readaptação.

*“No começo eu tive muito medo... Tive é, medo da mudança, mudar de uma função pra outra – “ Será que eu vou conseguir?”“ Será que eu sei fazer?”[...] Então, eu tive medo de enfrentar outro tipo de função, medo achando que eu*

*poderia fazer errado, que alguém podia não gostar, então eu trabalhava um pouco receosa [...]” (Malva 6)*

*“[...] os diretores de enfermagem mudam e cada um que entrava eu tinha que contar o meu problema. Às vezes eles me propunham desvio de função, trabalhar no ambulatório, ou ir pra ali ou aqui, mas eu não queria isso. Alguma coisa me dizia que se eu saísse da enfermagem, não iria ser bom pra mim.” (Louro 4)*

*“[...] Aí quando o doutor falou que eu podia voltar, fazendo as coisas dentro do meu limite. Não é assim que o serviço pede da gente, não é isso, você tem que trabalhar, você tem que dar conta do que tem que fazer, você tem que dar conta daquilo que se propôs a fazer. Agora se você não dá conta, então a gente não se sente feliz com aquilo. A gente sente. É uma coisa assim, é o que eu sinto (emocionada), não posso fazer, não posso fazer e aí como é que fica? (muito emocionada). Se alguém precisa de ajuda pra descer da cama, eu tenho que pedir ajuda para o acompanhante que eu não posso pegar uma pessoa sozinha, não tenho condição, então você tem que ter o bom senso de não fazer, porque depois o seu organismo que vai sentir [...]” (Erva-doce 9)*

*“Como eu te disse já, pra mim ficou pior ainda, foi pior ainda a readaptação. Eu não sabia que causava todo esse transtorno perante os colegas, o trabalho, inclusive até na família.” (Louro 1)*

*“[...] porque eu acho que ninguém vai mentir que está sofrendo, eu acho, eu tenho uma concepção diferente de pessoas, eu acho que ninguém vai mentir porque aquilo de melhor que a gente tem é a nossa saúde [...]” (Erva-doce 12)*

*“[...] contribuiu para que eu piorasse, porque eu fui readaptada só no papel, porque na prática mesmo, eu não fui. Então eu nem posso responder pra você como eu me sinto readaptada, porque eu não estou bem, eu nunca fui readaptada!” (Orégano 40)*

*“[...] muitas vezes eu estou passando no corredor e eu passo um pouco de constrangimento, porque falam: “Me ajuda aqui!” E eu quase vou, mas depois eu penso “E eu, como é que eu fico?” Então fica uma coisa meio constrangedora, mas eu controlo bem, eu fico mais aqui no meu “setorzinho”, que é leve. Eu fico mais numa retaguarda, tipo assistindo às pacientes no apoio, fico orientando elas, até na postura! Sem elas saberem do meu problema de readaptação, porque não é todo mundo que entende, eles acham que a gente ficou imprestável, então eu não conto nada pra ninguém que eu sou readaptada [...]” (Camomila 5)*

*“[...] eu sinto que não estão satisfeitos com o que estou produzindo aqui. Eu me sinto assim e isso é ruim! Dá pra você perceber, você achar que não está sendo útil.” (Babosa 37)*

*“Agora aqui o problema é a mente, né? Tem dia que a gente estressa um pouquinho. É muita gente falando ao mesmo tempo, pedem para ligar não sei pra onde, toca a campainha, atende o portão, é toda hora! A gente não consegue trabalhar direito! Fisicamente está bom ficar aqui, mas agora é a mente, né? Agora não tem problema das dores mas agora é a mente, né? (Ri).” (Manjericão 10)*

*“Porque eu tinha assim comigo de não querer que as pessoas soubessem do problema de saúde que eu tenho, é um direito que eu tenho. Porque existe*

*uma coisa muito grande, um preconceito muito grande. E, mas com essa readaptação as coisas vieram à tona.” (Louro 2)*

*“No começo da readaptação é meio estranho, porque a gente se sente assim meio desvalorizado, é como se fosse rebaixado do cargo, né? A gente sente, né?” (Manjerição 6)*

*“Então é difícil! Só quem passa é que sabe o quanto é difícil! Você entendeu? É muito difícil!” (Babosa 31)*

*“Eu gostava de fazer plantão de 12 horas e agora eu tenho que fazer 6 horas e minha vida virou de ponta-cabeça! Porque era muito bom ficar em casa dois dias, porque eu ia fazendo tudo devagarzinho, né? (Fazia plantão 12/60 horas). Tem gente que gosta de 6 horas, eu não gosto! Todo dia aqui, eu chego a minha casa e não agüento fazer mais nada!” (Manjerição 12)*

*“[...] é muito difícil para eu encarar esse problema, ainda mais agora que todo mundo tá sabendo. Eu sinto muito preconceito dos colegas. Eu nem sabia que estava todo mundo comentando. Chegaram a me ligar falando, perguntando se era verdade o que estavam comentando, então é muito chato pra gente [...]” (Louro 9)*

*“[...] eu sempre gostei de trabalhar sério, sempre gostei de fazer direito pra ninguém chamar minha atenção. Se eu fizer errado, vamos mudar, vou melhorar, eu agradeço muito, muito, muito.” (Babosa 27)*

*“[...] o medo de cuidar do paciente. Eu tenho medo de derrubar o paciente [...]” (Orégano 8)*

*“A readaptação não ajuda ninguém! Ou melhor, pelo menos pra mim, não posso falar pelas outras pessoas. Tenho vontade de pedir exoneração, liquidar isso daí, eliminar isso daí [...]” (Louro 16)*

*“[...] eu já sou limitada. Não posso fazer ginástica, não posso caminhar, não posso fazer nada, olha o tamanho que eu estou! E estou me prejudicando, porque gorda eu não posso ser. Ontem até chorei, porque eu falei para meu marido, se eu me aposentar, é tão ruim pra gente, sabia? Eu não posso me sentir uma inválida, de jeito nenhum!” (Orégano 50)*

Na apresentação do tema 3, o benefício da readaptação, esse processo quando bem conduzido, traz benefícios ao trabalhador e permite o seu aproveitamento, dentro dos limites de sua saúde, impedindo que ele se sinta inútil, seja desenvolvendo suas atividades na própria função, respeitando-se os limites de sua doença, ou seja em outra função, na área administrativa, por exemplo.

*“[...] Essa readaptação, pra mim, assim, foi uma luz! [...] eu continuo sendo útil, produtiva, e isso é o importante pra mim [...] eu tenho muito apoio das minhas colegas, tenho apoio de minha chefia, tenho apoio... Trouxe-me pra uma realidade assim, que eu posso! Não só, “naquilo”, mas eu posso em outras coisas, eu posso mudar! Eu posso enfrentar mudanças! Mudança não faz mal, só faz bem e é necessária!” (Malva 7)*

*“Porque quando eu voltei para trabalhar, pedi pra voltar, porque já era para eu estar aposentada faz tempo, aí pedi, por favor, eu quero voltar a trabalhar! A*

doutora falou, vamos arrumar. Vamos arrumar porque não quero mais tirar licença. Eu não agüento mais. Eu tenho que voltar porque também o meu salário vai tudo em remédio.” (Orégano 29)

“[...] e agora estou me sentindo bem nesse serviço que eu estou fazendo. Estou me sentindo muito útil nessa atividade que estou exercendo agora, aprendi muita coisa, todo dia aprendendo alguma coisa nova, aprendi e continuo aprendendo [...]” (Alecrim 4)

“[...] me puseram para ficar na sala de acolhimento e lá eu ia ter que ficar conversando com os pacientes. Até fiquei contente, né? Porque eu gosto de lidar com gente, com o ser humano. Porque eu já trabalhei muito em pronto-socorro e era o que eu mais gostava, atender ali, dar uma força para a família. Tranqüilizar essa família porque, como a gente também já passou por isso, já passou pelo centro cirúrgico, a gente sente o problema do outro, a angústia, a ansiedade da espera do paciente.” (Babosa 36)

“[...] Pra mim foi bom! Eu vivi de novo! Eu vivi de novo, eu vivia na expectativa de voltar trabalhar. Eu pedi pra voltar, eu liguei aqui e pedi, falei olha, eu estou me sentindo melhor, eu sei que eu vou trabalhar limitada, mas eu quero trabalhar! Aí eles falaram, você fica em casa uns quatro anos e depois vai se aposentar. E eu disse não, eu posso trabalhar, eu posso produzir ainda! E como eu produzi mesmo, eu produzi, eu não deixei de produzir. Eu acho que produzi... eu me sinto muito bem na nova função. Às vezes eu tenho uma dorzinha, eu paro, eu dou uma descansada no braço [...]” (Erva-doce 13)

“[...] a readaptação pra mim foi bom porque eu pude voltar a trabalhar, se não fosse a readaptação eu estaria de licença, porque naquilo que eu fazia, eu não

*poderia estar fazendo. A readaptação foi boa porque, hoje eu estou aqui dentro do hospital e estou produzindo, da maneira que eu posso, conscientemente eu sei que eu estou produzindo, eu estou ajudando em alguma coisa. Então a readaptação pra mim foi boa!” ( Babosa 36)*

*“[...] E quem for readaptado tem que readaptar mesmo! E vê o que pode e o que não pode fazer, porque você pode produzir ainda de outra maneira, né? Mas você pode produzir ainda! Senão você fica encostado, sofrendo sozinho, sem chance, a família sofre, todo mundo sofre (tom baixo e triste). E nesse caso estando trabalhando não, você passa aquelas horas trabalhando, vai pra sua casa, você nem se lembra do problema, atividade é maravilhosa! Então tem que trabalhar!” (Erva-doce 16)*

*“[...] quando a colega voltou, eu deixei tudo prontinho, bonitinho e ela foi digitar (relatórios de cirurgias). Deu tudo certinho, não teve erros e ela me elogiou muito (a colega que voltou de férias). Aí eu fiquei feliz! Eu fiquei muito feliz! Falei: “Graças a Deus! Pelo menos agora eu fiz alguma coisa de bom!” Elevou meu ego! Eu me senti útil! Isso é muito bom no local de seu trabalho, ter gente que te de valor! Então, eu fiquei muito contente de ter ficado ali, nessas férias, porque me reconheceram. Eu fiquei feliz mesmo!” (Babosa 39)*

*“[...] apesar de que eu era e sou uma pessoa muito feliz de estar ainda fazendo alguma coisa para o próximo, mesmo readaptada. E eu sou feliz mesmo com o problema, dentro da área [...]” (Camomila 4)*

*“[...], pois o dia que eu assino meu último dia de trabalho no mês, eu digo: “Obrigada, Senhor, por mais um mês que eu consegui trabalhar!” (Emocionasse).” (Babosa 47)*

*"[...] Significou que agora eu tenho que me adaptar; ter "jogo-de-cintura" e levar em frente, só isso! Nunca querer achar que por eu ser readaptada eu não posso fazer nada, não tem bastante coisa que eu possa fazer no hospital [...] Sinto-me muito bem no local que estou, não só nele, mas onde eu estaria trabalhando, eu ia me sentir bem, só de eu saber que podia trabalhar, ajudar alguém." (Camomila 8)*

Antes da análise e impressões sobre os processos de readaptação funcional na equipe de enfermagem, resgatamos algumas reflexões quanto à importância que o trabalho ocupa na vida das pessoas, em nossa sociedade.

O trabalho, ao ser humano, é uma fonte de satisfação ao propiciar o suprimento de necessidades materiais, emocionais, sociais e de poder. Dentro do contexto histórico e da evolução da sociedade capitalista, homens e mulheres, almejam uma colocação respeitada na comunidade em que vivem, seja a primeira delas, no âmbito familiar, seja em circunstâncias mais amplas, na sociedade próxima a sua realidade, ou ampliada pelas expectativas internas e externas da profissão.

Quando possível a escolha profissional, o trabalhador deposita esperanças e sonhos, vontades, desejos e necessidades em sua realização, como ser produtivo e bem sucedido na sociedade. A maior parte de sua vida é dedicada ao trabalho, na escolha que mais lhe atrai, no investimento em formação profissional, na dedicação de seu tempo, inclusive em detrimento de outras necessidades como a atenção à sua família e a si mesmo.

*O trabalho significa realização e identidade. Para produzir algo, o trabalhador deve ser reconhecido e valorizado pelo que faz. O resultado de quem trabalha, é geralmente obtido a custa de esforços. Portanto nada mais justo que essa contribuição seja reconhecida no desempenho de sua tarefa, pois quando passa despercebida ou é negada pelos outros, pode acarretar-lhe em sofrimento ou insatisfação<sup>53</sup>.*

É importante ressaltar que a relação saúde/trabalho não diz respeito apenas às pessoas diretamente engajadas no processo de trabalho, isto é, aos trabalhadores. Toda a família é requisitada pelo trabalhador em seu esforço de enfrentar as dificuldades no trabalho. Portanto, a satisfação ou o sofrimento gerado pelo trabalho, envolve a família e pessoas mais próximas a esse trabalhador<sup>53</sup>.

Conforme o mesmo autor e impressões pessoais, nas situações de assunção de responsabilidades, competências, atribuições e compromissos com nosso trabalho, há naturalmente um processo de adaptação, representado pela adesão, não somente aos valores morais e a ideologia da profissão, mas à qualidade do relacionamento entre a equipe, respeito aos valores existentes, participação e reforço do lema da profissão.

Percebemos, neste estudo, uma preocupação dos trabalhadores readaptados com a questão da veracidade de sua patologia, inclusive porque sentem que a equipe e a instituição desconfiam de sua dor, principalmente causado pelas LER/DORT, conforme relatado anteriormente.

Quando se menciona os fatores psicossociais em LER/DORT, fica a impressão de que algumas dores estão apenas na mente dos pacientes/trabalhadores e de que esses estão fingindo. Alguns consideram que os mesmos querem obter algum ganho secundário quando se queixam de dores. Se esse for o caso, devem ser investigados quais os determinantes para esse comportamento<sup>24</sup>.

Entendemos processo de adaptação como a transformação de processos biológicos e psíquicos com o desenvolvimento ou destruição de capacidades e potencialidades, portanto pode ser capaz de proteger o organismo para a sobrevivência ou transformar-se em destruidor da integridade corporal<sup>65</sup>.

Quando nos vemos impedidos de reproduzir nosso papel profissional, a sensação de insegurança e perda de identidade, reforçados pela impressão de inutilidade, nos remetem a sentimentos negativos acerca de nosso valor na família e sociedade, gerando autocobranças e negação de nosso adoecimento.

Surgem inquietações quando o trabalhador tem que realizar tarefas diferentes das quais estava rotineiramente acostumado, sentindo-se invadido pelos sentimentos mais extremos, numa escala que oscila entre a satisfação e insatisfação<sup>56</sup>.

Quando o indivíduo tem que fazer o que não fazia antes, isso pode significar reprovação, que não passa somente pela questão moral, social, culpa ou superego, mas é uma traição ao próprio eu, um risco de perder a identidade, podendo proporcionar uma “ferida”<sup>54</sup>.

O trabalhador readaptado se sente isolado, mesmo sendo parte da equipe de enfermagem. Ao ser remanejado para outro setor, nem sempre está qualificado para desempenhar a nova função, além de, por vezes ser recebido como mais um problema para o setor. Suas atividades, na maioria das vezes, são consideradas menos complexas, portanto desvalorizadas.

No estudo, a experiência da readaptação, ou seja, uma nova adaptação, é negativa quando essa se dá de uma forma impositiva, sem a participação do trabalhador em seu processo terapêutico. A possível solução de suas limitações deve ser construída em conjunto com a equipe responsável pelo seu problema de saúde ou, nos serviços públicos de saúde, com as Comissões de Saúde do Trabalhador (COMSAT), a gerência a que está subordinado e o próprio profissional de enfermagem.

Em contrapartida, o sentimento é positivo quando a readaptação tem o significado de mudanças com a permissão e participação do trabalhador, de contato com novas experiências, novas adesões a valores e ideologias, resgate de relacionamentos com os colegas de equipe, permeados pelo respeito mútuo entre trabalhadores e gerência. O processo trabalho/adoecimento deixa de ser um sofrimento ao trabalhador de enfermagem, para tornar-se satisfação em ser útil e produtivo novamente.

*O trabalho ocupa um lugar mais importante na luta contra a doença do que se supunha até agora nas concepções científicas. O termo trabalho deveria figurar na própria definição de saúde, sob a forma de um direito fundamental de contribuir para a saúde e o trabalho social*

*[...] Falar de “bem-estar social” sem dar a essas referências ao trabalho um conteúdo preciso, aparece hoje em dia como um erro<sup>53</sup>.*

O gerenciamento da equipe, questão amplamente emergida, gerando a categoria D, nos reporta a uma reflexão acerca do papel de liderança que o enfermeiro assume perante a organização dos processos de trabalho da equipe, voltados para a qualidade do atendimento ao usuário e à saúde desse grupo, como embasamento para atingir tal objetivo. Três temas surgiram de maneira clara nos depoimentos: organização e gerência, rodízios de plantão e áreas de atuação, e as questões de orientações e treinamentos a equipe.

No tema 1, organização e gerência, chamam atenção para a relação que se estabelece entre os problemas de saúde, a gerência e o próprio sistema, pois algumas falas indicam que ações gerenciais diagnósticas, preventivas e educativas poderiam ser desencadeadas.

*“Só sei que foi um sufoco pra mim, foi caso de procurar a justiça, pois foi falta de orientação do departamento de pessoal, dos colegas, da própria chefia, de todo mundo” (Orégano 17)*

*“[...] A chefia olhar mais para o funcionário! Tem muito funcionário que está doente e eles não sabem... eles acham que o funcionário não está doente, mas o funcionário está doente!!! (ênfatisou!) Tem funcionário com caso de alcoolismo muito grave!!! [...] A chefia tem que ver isso! Rever isso! [...] prestar atenção no que está acontecendo! [...]” (Hortelã 7)*

*“[...] me readaptei oficialmente, mas não mudei de atividades [...]” (Orégano 2)*

*“[...] eu saí daqui e fui até a chefia e pedi para ir ao pronto-socorro, na ortopedia para ver se achava um médico que me desse alguma coisa porque eu não suportava a dor.” (Babosa 6)*

*“[...] eu sabia que eu era readaptada, mas meu papel ficava guardado lá em uma gaveta. Ninguém sabia onde estava. Tanto é que levou quase três anos para publicação.” (Orégano 30)*

*“[...] Ainda fazia 8 horas/dia! Tanto que o auxiliar de enfermagem não agüenta fazer mais de 6 horas. Ultrapassa o nosso limite! Sabe tanto da “cabeça” como do corpo! A gente é muito cobrada. É cobrança em cima de cobrança! [...] nem digo que sejam os colegas que trabalham com a gente, a instituição é assim. O sistema é esse!” (Erva-doce 2)*

*“A chefia se inteirou do problema de seus subordinados e está acompanhando o estado da pessoa, pois nós tivemos um exemplo de uma colega que teve problema de depressão por um problema familiar e ela voltou a trabalhar e ela quis voltar a trabalhar. Quando ela chegou aqui, a chefe não olhou nem na cara dela! Ela chorou! E eu disse pra ela não ficar assim, porque eu também passei por isso. Eu quis dar força pra ela, porque quando eu vi aquele caso, eu também passei por isso.” (Babosa 32)*

*“[...] o departamento jurídico do hospital orientou entrar com aposentadoria pelo menos se livra, né? Pelo menos você passa por perícia e aí eu fiquei afastado uns 2 anos e meio, 3 anos. Aí saiu negado (a aposentadoria) e logo depois saiu publicada minha readaptação, eu nem sabia. Foi uma atitude lá do departamento de perícias médica; no hospital ninguém entrou em contato, nem*

*recursos humanos, nem diretoria de enfermagem, nenhum relatório foi enviado pelo hospital.” (Louro 5)*

*“A fisioterapeuta se propôs a vir aqui, fazer um trabalho de orientação para boa postura para os funcionários, pois eu expus pra ela que a gente tinha uma banqueta que não dava a altura certa, correta da bancada de serviço, e ela se prontificou a vir aqui, mas a diretoria da época não aceitou. Ela não iria cobrar nada, até porque estava vendo meu estado, meus exames, minha tomografia, por isso ela queria vir.” (Babosa 9)*

*“[...] Tem que olhar mais de perto essas coisas, observar o que está acontecendo (vocês da diretoria), porque tem muita gente sofrendo “caladinho” como eu sofri muito tempo quieta, sem falar nada, até que não agüentei mais e “explodiu” [...]” (Erva-doce 15)*

*“[...] na época eu chegava lá (hospital), e tinha auxiliar de enfermagem na farmácia e em outros lugares, mas nunca tinham falado pra mim em readaptação.” (Orégano 19)*

*“[...] perguntaram se queria ir pra o ambulatório, mas me contaram muitas coisas, que poderiam me prejudicar. Foi uma enfermeira que disse que minha cabeça não vai agüentar, pois é muita pressão pra minha cabeça! Já pensou se eu marco algum agendamento errado? Se eu agendo uma cirurgia errada? Tem que ter muita concentração! Porque eu não vou estar me prejudicando, mas prejudicando o paciente! Eu até gostaria de trabalhar no ambulatório, porque eu gosto de “mexer” com o paciente, com o ser humano, tratar bem. Mas eu tenho medo de fazer alguma coisa errada e ninguém vai ver o porquê que eu fiz, ninguém vai me dar respaldo! Eu estando aqui, não!” (Babosa 33)*

*“Lá no Regional, pra falar a verdade, eu não gosto nem de ir lá, pois tem uma diretora, que eu nem vou citar nomes, pediu que eu não usasse o banheiro da diretoria da enfermagem. E eu não ia usar o banheiro, inclusive porque tem mais mulheres na enfermagem e eu não uso banheiro de mulheres, eu ia lavar as mãos, mas eu perguntei se era por causa de meu problema e ela disse que sim.” (Louro 17)*

*“[...] a chefia falou para eu ficar na substituição. Só que tem muitas coisas que ela faz que eu vou ter limites, como digitar, porque o movimento pode dar dor. Mas a chefia falou que não tinha problema, era pra eu fazer o que eu me sentia bem e que as dúvidas que eu tenha, eu poderia estar perguntando. Então dessa vez, elas colaboraram muito comigo. Foi um ponto muito positivo. E elas me elogiaram. Portanto, tem os pontos negativos e tem os pontos positivos que a gente tem dizer também.” (Babosa 38)*

*“Eu não me lembro bem o ano que eu comecei, faz bastante tempo, inclusive para a readaptação eu “xeroquei” tudo, todos os atendimentos com a reumatologista. A médica do trabalho também se comunicou com o reumatologista. Também foi conversado com a diretoria de enfermagem e tudo foi bem encaminhado.” (Manjericão 5)*

*“[...] na farmácia a gente tem que mexer com caixas pesadas, como é que vai pôr um readaptado com os problemas que eu tenho, para trabalhar lá? Como que um chefe vai te mandar fazer um serviço desses? O que a gente entende, o que a gente pode tirar disso? Que a chefe não está vendo o problema! “Não caiu a ficha!” Então, tem que ver a atividade do local que vai encaminhar o trabalhador e conhecer o problema de saúde dele.” (Babosa 43)*

*“[...] a chefia veio perguntar pra mim se eu era oficialmente readaptada, aí eu disse sou, e não é de agora, isso é coisa de anos. Aí ficaram com medo de mim, porque no local que eu estava era aquela correria e então a diretora de enfermagem chegou pra mim e disse que sabiam do meu esforço, mas que eu não poderia mais ficar ali (no centro cirúrgico), senão vai dar esse tipo de problema. Desse dia em diante, de vez em quando, ela (a diretora), está lá, observando, mas a escala está lá. Há três anos eu continuo na escala da central de material e eu enfrentei aquilo sozinha, sem nenhuma companheira. Aí quando descobriram ( a readaptação), puseram uma pra trabalhar comigo.”*  
(Orégano 34)

*“[...] eu saí de férias e quando eu voltei, eu não estava mais nesse serviço, estava um jovem acolhedor, e não me passaram nada! Aí eu fiquei solta ali; lá em um canto.”* (Babosa 23)

*“[...] porque a colega chegou da UTI e me encontrou lá largada no chão. Eu caí umas duas e pouco da manhã e só fui encontrada por volta das 05h00min da manhã! Fiquei lá sozinha! Você conhece o centro cirúrgico, né? Eu me arrastei até a porta do vestiário, e quando a colega chegou, pois havia ido ajudar na UTI, ela me encontrou.”* (Orégano 12)

*“[...] eu fiquei tipo, jogada, sabe? Minha chefia não me deu apoio, infelizmente, não me deu. Podia chegar e falar vai fazer isso ou vamos fazer aquilo, mas não “eu fiquei jogada pras traças”!* (Babosa 25)

*“[...] Aí me colocaram na central, sozinha, sozinha. Elas foram para outros setores.”* (Orégano 15)

*“[...] eu ainda estava de licença, minha chefia me falou que, quando eu estivesse voltando, o que eu fizesse eu estaria colaborando! O pouco que você fizer você estará colaborando, você está respaldada. Só que a palavra é uma coisa, falar é fácil, mas a prática é outra. A teoria é uma coisa, a prática é totalmente diferente! Totalmente diferente!” (Babosa 29)*

*“[...] venceu minha licença e eu voltei para trabalhar e não tinham me colocado em nenhum lugar. Fiquei como uma “barata tonta”, pra lá e pra cá!” (Orégano43)*

*“Gostaria que eles (as chefias), vissem mais os colegas, não só a mim, mas os colegas. Que remanejassem para locais em que as pessoas possam trabalhar, com menos dor.” (Babosa 40)*

*“[...] a atenção da chefia com os readaptados e não só com os readaptados, mas com toda a equipe, pois são todos seres humanos. Todos têm os seus problemas e então eu acho que deveria dar mais atenção, sim!” (Babosa 46)*

Encerrando a categoria relacionada ao gerenciamento, segue algumas sugestões, no tema 2, de orientações e treinamentos, recortados dos depoimentos, denotando a clara necessidade de melhor capacitação de todas as chefias de enfermagem e recursos humanos, e assim reproduzir seus conhecimentos à equipe, propiciando uma abordagem ética, técnica e humana com relação ao atendimento e relacionamento do grupo.

*“Acho que falta a supervisora ficar olhando e orientar.” (Orégano 28)*

*“[...] fazer com que o funcionário passe pelo médico [...] Que o funcionário faça regularmente suas consultas [...] tratando em tempo, tudo é solucionável [...]” (Malva 8)*

*“Por isso eu acho que tem que ter uma equipe pra conhecer o funcionário, assim a gente não se expõe [...]” (Orégano 46)*

*“Eu me arrependo de ter vindo de São Paulo, ter vindo fazer meu tratamento aqui, pois em São Paulo eu teria mais privacidade, pois ninguém se conhece, e eu poderia ter evitado tudo isso, pois o pessoal é muito maldoso [...] eu não sei por que a enfermagem é assim, é muito complicada, a enfermagem é muito difícil.” (Louro 20)*

*“Portanto eu entro no hospital com meus papéis de licença, vou direto pro Departamento Pessoal, mas eu acho que deveria ter uma pessoa que soubesse orientar a gente lá no DP, um assistente social para orientar nossos direitos de forma adequada.” (Orégano 47)*

*“[...] Eu acho que tem que ter tipo uma prevenção feita pelos fisioterapeutas, com exercícios, alongamentos, tem que ter tempo para as pessoas fazerem isso, e muito carinho de quem te rodeia, é isso que é importante [...]” (Erva-doce 11)*

*“Já teve vez da enfermeira falar pra eu ir pra UTI, então outra colega “comprou a briga” por mim e disse à enfermeira que acompanhou a minha cirurgia e sabia que eu não podia ir pra lá, porque eu era readaptada. Então a enfermeira*

*disse então, o que eu ia fazer lá! Olha a chefia falar isso pra mim me deixou lá embaixo!” (Orégano 45)*

*“[...] Eu acharia que tem falar mais sobre readaptação [...] então eu gostaria que tivesse mais palestras sobre, falar mais e procurar chamar as pessoas readaptadas pra poder estar mais por dentro e contar um pouco pra cada um, cada pessoa falar pra outro o que está sentindo, os problemas, as falhas.” (Camomila 6)*

*“[...] fez muita falta isso, as pessoas saberem do problema da gente, saber o que é readaptado, eu estou explicando isso pra você agora, mas eu tinha que estar dando satisfação para as minhas colegas.” (Orégano 37)*

*“Evitar serviço que tenha muito esforço [...] Outra sugestão é ter um acompanhamento [...]” (Manjericão 3)*

*“[...] ela chegou (a chefia), e falou com a equipe dizendo que eu tinha um problema sério de coluna e pedindo que os colegas colaborassem comigo.” (Orégano 32)*

*“[...] a gente não tinha na instituição, as pessoas não cuidavam de avisar o cuidador a postura correta, ele pensava mais no paciente, cuidar muito bem! Mas o nosso lado mesmo, ficava muito a desejar... e também tem aquela de como eu sempre fiz desse jeito e faz por vício, você acha melhor. Você acostuma. E nunca teve olhos de ninguém, muitas vezes, dizendo “Olha a postura!” Pode machucar deixar seqüelas. [...]” (Camomila 2)*

*“[...] ter uma pessoa para explicar para as outras quando a gente é readaptada, o que pode fazer e ficar acompanhando. A própria supervisora a chefia, né?”*

*Até pra gente mesmo, explicar o que a gente pode fazer, porque se acontece alguma coisa a lei é dos trabalhadores, né? Agora eu não sei se eu vou voltar trabalhar lá. Eu espero que tenha um “canto” pra mim!” (Orégano 51)*

*“Como prevenir isso, é no início da passagem de plantão, é conhecer o colega, saber o problema de cada um, né? Não deixar que a gente chegue lá tendo que dar satisfação para o colega, né? A gente ia trabalhar melhor. Você pode fazer aquilo, não pode, então vem um colega e te ajuda.” (Orégano 23)*

*“[...] tem que ter alguém de dentro observando essas coisas e vindo orientar e ajudar. [...] Seria bom que tivesse um trabalho de orientação, alongamento e aquecimento igual teve com estagiários de fisioterapia, um tempo aqui. Eu acho muito importante esse trabalho. Apesar de que não houve muito interesse dos funcionários, talvez pelo horário de “pico” em que era realizado (horário da manhã, entrega de material e de cirurgias). Então não era porque a gente não queria, mas porque não dava pra parar o que estava fazendo [...]”*

*“Eu acho que deveria ter um pessoal especializado para ver esses problemas, porque é muito sofrido, é muito sofrido você passar por isso. Você não ter uma orientação, você ter que estar dando satisfação, principalmente para os colegas, é uma coisa muito chata! Você não poder fazer as coisa e ter que fazer, você acaba se prejudicando mais. Ter um psicólogo, um conselheiro, o próprio médico para falar. Uma pessoa que saiba direito da gente, mas não brigando como sempre foi comigo. “Ah! Não quer trabalhar!”(Orégano 49)*

A relação entre a saúde do trabalhador de enfermagem e os processos de relacionamento gerencial é evidenciada nessa categoria denotando a

necessidade de capacitação de chefias e lideranças quanto à visão integral e integradora de sua equipe.

As cargas psíquicas a que os trabalhadores estão submetidos, resultantes de supervisão estrita, ritmo de trabalho acelerado, dificuldade de comunicação, fadiga, tensão e estresse, geram insatisfação e, dessas situações, pode haver a condução ao consumo de álcool e drogas, como tentativas de superação desses problemas. As jornadas de trabalho, atualmente sendo revistas e reorientadas pela Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde, também têm sua interface junto à saúde do trabalhador, sobrecarregando-o pela escassez ou má distribuição de trabalhadores, não permitindo as pausas e descansos preconizados<sup>17, 61,64</sup>.

As organizações dos serviços de saúde necessitam buscar formas alternativas de gerenciamento, pressupondo nesse processo, os direitos da saúde coletiva. Incluir a saúde do trabalhador, a situação histórica, o comprometimento de condições de vida social, o entendimento do processo saúde-doença como resultado do viver do homem em sociedade, permite uma reflexão acerca do gerenciamento em enfermagem e suas implicações nesse processo<sup>67</sup>.

A atividade gerencial, em sua dimensão comunicativa, permite a abertura de um amplo espaço de possibilidades, de troca de idéias e levantamento de necessidades da equipe. Essa ação acontece por intermédio da validação de conhecimentos e experiência vivenciados pelo grupo,

considerando a potencialidade de cada um e o efeito catalisador da última, quando democratizada entre a equipe multidisciplinar.

É responsabilidade das chefias, gerentes, instituição e, especialmente da equipe de enfermagem, organizar o trabalho buscando alternativas e estratégias originadas do próprio grupo, para que mudanças possam realmente se efetivar<sup>56</sup>.

Observar a equipe, permitir a sua participação na tomada de decisões, atentar para o trabalhador como um ente social, emocional e espiritual, estimular e valorizar o ser humano-trabalhador, que produz a assistência ao paciente, nos remete a uma gestão humanizada, preconizada pelo Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar<sup>62</sup>.

Nesse sentido, mais que melhorar as condições de acesso e prestação de serviços, através de qualidade das instalações, equipamentos e condições ambientais dos mesmos, a humanização do trabalho está vinculada ao relacionamento interpessoal, à participação dos profissionais na gestão, às condições de trabalho e de apoio aos profissionais, valorizando-os e motivando-os. O atendimento humanizado ao paciente deve caminhar de mãos dadas com o atendimento humanizado ao profissional de saúde.

As chefias cabem dar suporte para que os trabalhadores possam estar participando do processo de resolução dos problemas na organização do trabalho. Dessa forma o sentimento de inclusão, com o envolvimento nas questões surgidas no dia-a-dia, virá como satisfação e respeito. A administração participativa não significa tirar das chefias e gerentes as suas responsabilidades<sup>24</sup>.

Uma questão que merece ser considerada pelos enfermeiros, é como articular suas funções no trabalho e se envolver com as questões de saúde ocupacional dos membros da equipe de enfermagem, principalmente aqueles que estão em readaptação. A presença de mecanismos de comunicação eficientes, articulando os diversos setores envolvidos com a readaptação, irá garantir a fluidez de informações e facilitar a organização do serviço de enfermagem<sup>34</sup>.

Certamente havendo satisfação no ambiente de trabalho, o que refletirá em sua vida privada, o trabalhador vivenciará um clima de companheirismo e tranqüilidade, conduzido pelo líder da equipe. Essa chefia e o clima organizacional mais ameno, apesar das dificuldades, permitirão o crescimento e a auto-realização desse trabalhador. O reflexo, entre outros, será na melhor assistência ao paciente<sup>56</sup>.

Falar em humanização significa rever o clima organizacional, ou seja, mais do que estímulo à alta tecnologia e às belíssimas estruturas, é necessário respeitar, estimular e valorizar o ser humano-trabalhador, que produz assistência ao paciente<sup>62</sup>.

No entanto, em nossa sociedade capitalista, existe cobrança pela produtividade e redução de custos. Na dimensão política da gerência de enfermagem, a produtividade é a meta a ser alcançada. A pouca participação dos trabalhadores nos processos decisórios, pela falta das informações necessárias à tomada de decisões, comprometem a autonomia e a responsabilização pelo trabalho, impondo cargas psíquicas pela subordinação e promovendo desgaste<sup>68</sup>.

A equipe de enfermagem cabe buscar espaços para discussões coletivas, identificando os problemas, refletindo sobre eles e desencadeando soluções. Através da comunicação entre os membros da mesma, a harmonia e o relacionamento humanizado farão parte do trabalho e os benefícios serão coletivos, para a própria equipe de enfermagem, usuários/pacientes, familiares, instituição e sociedade<sup>56</sup>.

As readaptações de trabalhadores de enfermagem acarretam problemas gerenciais, inclusive na elaboração de escalas de trabalho. Considerando-se as normas institucionais e as complexidades da assistência e dos processos de trabalho, o enfermeiro, em parceria com sua equipe e o próprio trabalhador devem buscar soluções para essa problemática, sem fazer disso um exercício de poder que venha a gerar falta de perspectiva no trabalho, insatisfação e adoecimento.

*Os princípios que norteiam a atividade gerencial não são estáticos, neutros e absolutamente racionais, ou eminentemente técnicos que se enquadram e moldam imediatamente à resolução dos problemas que se apresentem no processo de trabalho. A atividade gerencial é sim extremamente dinâmica, dialética, onde as dimensões técnica, política e comunicativa estão em permanente articulação, exigindo constante reflexão/tomada de decisão por parte do agente executor da mesma<sup>12</sup>.*

#### 4 - CONSIDERAÇÕES

Este estudo revela alguns aspectos que podem ser destacados, na análise quantitativa, através da interface das causas do afastamento por licença-saúde com o contexto histórico político-administrativo da instituição estudada. A valorização do trabalhador, por meio de políticas de gestão participativa, é um avanço nos processos organizacionais, mas não descarta a necessidade de um olhar técnico para o adequado dimensionamento de recursos humanos, cumprindo metas e objetivos. Essa visão tem como objetivo, a assistência humanizada ao paciente e, sobremaneira, ao trabalhador de enfermagem, responsável por essa atividade, ininterrupta, no ambiente hospitalar.

A análise quantitativa permitiu verificar que, ao contrário do que possa parecer, não é a equipe de enfermagem aquela que mais se afasta por licença saúde no contexto institucional. Além disso, as principais causas de afastamento se mostram relacionadas ao processo de trabalho desses profissionais, no qual se destacam a relação enfermagem – gênero feminino, a crescente média da faixa etária e o desgaste físico e emocional, característicos da profissão que tem como cotidiano, a assistência e o cuidar, no “palco” da dor e morte.

Desse cenário, emergem psicopatologias relacionadas ao processo organizacional do trabalho, transtornos de ordem física causando limitações temporárias e permanentes, disfunções de ordem sistêmicas, desencadeadas ou agravadas pelas sobrecargas rotineiras e, a negação do adoecimento desencadeando resistência na co-participação e responsabilidade de cura.

Na análise qualitativa, vários fatores de risco apontados estatisticamente, são comprovados por intermédio de depoimentos carregados de sentimentos positivos e de sofrimento.

As categorias emergidas nos reportam para cada um dos temas, vários amplamente refletidos e discutidos nos meios científicos e, portanto confirmam as dificuldades que a equipe de enfermagem enfrenta no seu cotidiano de trabalho, para desempenhar suas atribuições. Estas envolvem a saúde do trabalhador, o trabalho em equipe e o gerenciamento de enfermagem.

Nossa atenção encontra-se direcionada para a categoria Readaptação Funcional que, em nossa revisão literária, percebemos escassa abordagem, e, por isso, denotamos a importância da complementação deste estudo, embasando reflexões e mudanças nesse processo.

Os sentimentos contraditórios emanados dos agentes, que vivenciaram essa experiência, passando por momentos negativos, dolorosos e sofridos e, logo em seguida, renascendo para a vida, e, por vezes, desprovido de apoio emocional, orientação técnica e suporte de ordem trabalhista, nos encaminham para o objetivo de buscar possíveis soluções.

Com base nestas considerações, sugerimos algumas contribuições na parte 5, que será apresentada logo a seguir, para a melhoria desse problema, enfocando a saúde do trabalhador de enfermagem no processo de readaptação funcional e suas implicações no gerenciamento da equipe.

Os agravos de saúde nos trabalhadores de enfermagem atingem todas as categorias predominando no auxiliar de enfermagem, categoria que representa a maioria entre os membros da equipe e que desenvolve os

cuidados diretos ao paciente, durante as 24 horas de assistência hospitalar, portanto com maior sobrecarga física e emocional.

As lesões osteomusculares ou as LERs/DORTs, lesões de esforços repetitivos e doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho, aparecem como um grande problema denotando a sobrecarga de trabalho, os plantões noturnos e os rodízios e jornadas, sem a efetiva participação do trabalhador e a avaliação do perfil profissional de cada membro do grupo.

As formas de adoecimento mal caracterizadas e sofrimentos mentais, como a depressão e o estresse, nem sempre consideradas pelas chefias e dirigentes como uma doença ocupacional, desencadeadas pelos processos inadequados de organização e controle do trabalho, também são precursoras dessa problemática. Esses agravos persistem nos motivos de afastamento por licença-saúde e desencadeia a necessidade da readaptação funcional, alvo principal de nossa discussão.

Diante de tal situação é imprescindível o resgate da promoção da saúde do trabalhador de enfermagem, ressaltando a idéia de que esses agravos são previsíveis e, portanto, evitáveis. A gerência de enfermagem pode prevenir agravos de saúde e, conseqüentemente, os afastamentos, por meio do conhecimento da equipe, de maneira integral, com os detalhes daquele elemento que não existe e vive somente em seu ambiente de trabalho, mas tem uma vivência muito mais ampla, antes e após essas atividades laborais.

A negação do adoecimento é uma estratégia utilizada pelo trabalhador para evitar o sentimento de incapacidade, de incompetência e contradizer o conceito e imagem pejorativa e constrangedor de “folgado” ou “vagabundo”, que o servidor público tem diante da população, já que o estudo se desenvolve

em uma instituição pública do interior do estado de São Paulo. O sentimento que emana do adoecimento é o de desqualificação para o trabalho, em que o sistema capitalista cobra produção.

Somada a essa situação, a questão da demora do diagnóstico e a falta de assistência nos remetem a uma reflexão: *qual é a formação de nossos próprios trabalhadores do SUS, quanto aos princípios doutrinários de sua “empresa”?* A partir da universalização, onde todos têm direito ao acesso e atendimento de saúde, e o próprio trabalhador da equipe de enfermagem se vê tolhido desse direito. A integralidade é desconsiderada quando não há preocupação com um diagnóstico específico e global da doença, e há desconhecimento ou resistência, por parte do cuidado ao cuidador, de associar o seu agravo com a função ou atividade que desenvolve no trabalho.

Complementando essa situação, o trabalhador se vê obrigado a procurar assistência quanto ao diagnóstico e resolutividade de seu problema através de atendimento privado de saúde, medicinas de grupo, ou atendimentos mistos em outras instituições e profissionais, arcando com as despesas. Esse fato é mais um gerador da presença do trabalhador doente em suas atividades normais, evitando assim perdas salariais presentes, legalmente oficializadas nas normas estatutárias, durante um afastamento do trabalho, inclusive em situações de acidente de trabalho e acometimento de doenças ocupacionais.

Na medida em que o quadro se agrava e seus afastamentos das atividades superam a marca esperada de, no máximo 15 dias, conforme demonstrados nos dados quantitativos há uma forte pressão entre retornar ao trabalho, mesmo doente, ou iniciar um processo de readaptação funcional.

Conforme vimos anteriormente, os processos de readaptação deveriam estar sendo conduzidos com a franca participação e anuência do trabalhador em questão, pois ele é o principal envolvido e atingido pelos sentimentos, ora negativos, ora benéficos desse processo.

Entretanto, o que percebemos claramente nos depoimentos é que toda a equipe responsável por esse processo demonstra falta de conhecimento dos trâmites legais necessários para orientar, de maneira completa e correta, os direitos a que o trabalhador possui por estar doente, inclusive por tal agravo ter sido desencadeado ou complicado por suas atividades laborais.

Há também falta de preparo para o cumprimento de todas as exigências formais para a readaptação funcional transcorrer de maneira correta e com agilidade, gerando idas e vindas desgastantes em seu aspecto físico, econômica e moralmente ao trabalhador com uma limitação funcional.

Os setores de recursos humanos e departamento de pessoal fornecem informações incompletas para o trabalhador e o encaminha ao Departamento de Perícias Médicas do Servidor Público que, por sua vez, trata esse trabalhador de maneira impessoal e desumana, mais uma vez prejudicando o elemento da empresa que é o instrumento de maior valor nessa “engrenagem”.

Os representantes formais da mão-de-obra da saúde têm um comportamento contraditório, pois ao mesmo tempo em que demonstram que estão presentes e existem para o trabalhador, inclusive baseando-se em legislações e normas formais do estatuto do servidor, negam a ele as informações e encaminhamentos necessários para a melhor resolutividade de sua situação funcional. Esse comportamento demonstra a falta de preparo e

capacitação para o desenvolvimento de suas funções, seja em âmbito local ou central.

A situação vivenciada, com pouca clareza e transparência para o trabalhador e, para sua chefia, desencadeiam na equipe julgamentos e opiniões carregadas de preconceitos e atitudes não solidárias para com o colega doente, culpabilizando esse membro da equipe pelo seu adoecimento e, inclusive havendo desconfiança de tal limitação e diagnóstico. Exemplo dessa situação é a confecção do rol de atribuições para o trabalhador incapacitado para suas atividades normais, ser elaborado sem a sua participação, de seu médico responsável e de sua chefia, desencadeando o não cumprimento dessa orientação formal do DPME.

Em contrapartida, os colegas que realmente se preocupam com os constantes afastamentos de algum membro da equipe, procuram ter mais informações sobre eles, tornando-se solidários ao momento que o outro está vivendo, inclusive defendendo-o de atitudes injustas e realocações inadequadas, realizadas pelo próprio enfermeiro responsável pela equipe. Essa atitude deixa claro o desconhecimento do gerente quanto, aonexo causal do agravo de saúde com a atividade desempenhada pelo elemento de sua equipe, sob sua responsabilidade.

Percebemos claramente que o gerenciamento de enfermagem tem uma árdua tarefa de conciliar a administração dos recursos humanos para o cumprimento de produção e exigências oriundas e exigidas pela própria organização do trabalho em enfermagem. As características de subordinação dos trabalhadores às metas desenvolvidas pela instituição, e o papel de liderar a sua equipe com visão de integralidade e humanização desse importante

grupo de trabalhadores de uma instituição hospitalar, são desafios constantes no gerenciamento de enfermagem.

## 5 - SUGESTÕES

Para tanto, propomos que seja implantado e implementado na referida instituição, com o auxílio e participação da autora desta pesquisa, primeiramente um sistema de informação e acompanhamento de todos os casos de afastamento por licença-saúde da equipe de enfermagem. Todas as queixas serão priorizadas, desde as primeiras, sejam elas de ordem funcional, emocional, social ou de adaptação nas atividades desenvolvidas, por meio de um grupo formado por representantes das categorias de enfermagem, ou seja, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e atendente e complementada pelo médico responsável pelo acompanhamento de saúde do trabalhador na instituição.

Esse instrumento tem como objetivo principal o diagnóstico da real situação dos trabalhadores em afastamento por licença-saúde e o subsidio do planejamento das ações a serem implantadas ou complementadas. O enfoque, nesse momento, será na saúde do trabalhador de enfermagem, inclusive como parte do diagnóstico realizado neste estudo, o que deverá desencadear, posteriormente, um processo que abranja todos os trabalhadores da instituição.

Serão também convidados para participação, sempre que o agravo ou situação levantar essa necessidade, outros profissionais como o psicólogo, o médico especialista, e dependendo do diagnóstico, o fisioterapeuta, assistente social, nutricionista e terapeuta ocupacional, o que gerará um momento de transdisciplinaridade na saúde do trabalhador. Esses profissionais poderão fazer parte do grupo de acompanhamento de maneira cotidiana.

Outra sugestão a ser discutida e realizada com o Serviço de Educação Continuada da instituição, com brevidade, é um treinamento e capacitação de

todas as áreas envolvidas com os afastamentos de saúde e, principalmente com os processos de readaptação funcional. Devem estar inseridos principalmente, a Gerência de Enfermagem, Gerência de Recursos Humanos e Setor de Pessoal, COMSAT, etc. Isso envolverá os, multiprofissionais de saúde no atendimento do trabalhador e demais interessados, inclusive o próprio trabalhador. Os assuntos abordados serão a respeito da legislação, normas, aspectos e comportamentos éticos, resoluções, ações administrativas e técnicas, de promoção, proteção e recuperação da saúde integral do trabalhador, não só da enfermagem, mas da instituição como um todo.

Cabe, portanto, uma maior atenção para a capacitação das chefias de enfermagem, com claras exigências de produção e manutenção da assistência com qualidade aos usuários da instituição. A esse profissional demandam as funções administrativas de direção, controle, planejamento e organização cuja meta é alcançar os objetivos determinados pela empresa. Essa capacitação deverá contemplar estratégias para manter a execução das funções de sua equipe, somadas a envolvimento, motivação e satisfação na realização dos cuidados. Esse é um desafio a ser conquistado pela gerência, contribuindo com a promoção e recuperação da saúde de sua equipe.

Para acompanhamento e avaliação do processo é necessária a confecção de relatórios e de encaminhamentos dessas atividades e discussões junto ao Departamento de Perícias Médicas do Estado de São Paulo. Essas discussões se fazem necessárias para que, concomitante as ações locais de melhoria no atendimento ao trabalhador de enfermagem e da saúde, o nível central participe do processo de humanização na atenção a saúde do

trabalhador da instituição estudada, permitindo reflexão e transformações nos processos de readaptação funcional.

Ao trabalhador de enfermagem cabe a efetiva participação em todos os momentos do processo, quer na busca de informações, quer na disponibilidade e disposição de trocar idéias e opiniões em todas as instâncias relacionadas e responsáveis pela concretização desse projeto sugerido. A flexibilidade e a abertura para mudanças de comportamentos e hábitos são aspectos de relevância para sucesso nesse intento, portanto estão na dependência da vontade e do desejo do trabalhador.

A busca de soluções para os problemas levantados e discutidos neste estudo é responsabilidade de todos os níveis de hierarquia e gerência, bem como dos próprios trabalhadores. Nesse sentido, a decisão das metas será construída em conjunto com os setores de recursos humanos e de departamento de pessoal, linhas de gerenciamento, principalmente nesse caso, gerência de enfermagem, COMSAT, representantes sindicais e, com certeza, os trabalhadores de enfermagem.

*A afetividade, agora não totalmente dirigida ao paciente, precisa ser reinvestida, deslocada para outro objeto. O corpo do trabalhador poderia ser então o novo palco do drama dos afetos. Nada mais coerente, porque o trabalhador está exposto aos dramas trazidos pelo doente e aos aspectos do trabalho que põem em cheque a condição de saúde do próprio trabalhador, condição que, pelas características de um hospital, deve ser protegida<sup>69</sup>.*

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Previdência Social. Anuário Estatístico de Acidentes de trabalho. 2005. [Acesso em 22/06/2008].Disponível em: <http://www.previdenciasocial.gov.br/anuarios/acat-2005>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.311, de 12 de setembro de 1997. Definir a implantação da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10.
3. São Paulo. Secretaria de Gestão Pública. Panorama Geral dos indicadores de licença saúde – Absenteísmo, 2006. [Acesso em 23/06/2008] Disponível em:<http://www.recursoshumanos.sp.gov.br/qualidadedevida/absenteismo/absenteismo.htm>
4. Brasil. Ministério do Trabalho. Norma Regulamentadora nº 9 (NR-9). Programa de prevenção de riscos ambientais. Portaria n. 25 de 29/12/1994. Secretaria de Segurança e Saúde do Trabalhador. DOU de 30/12/1994. Republicada em 15/02/1995.
5. Elias MA, Navarro VL. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. Rev Latino-am Enfermagem 2006 julho-agosto; 14(4): 517-25.
6. Campos GWS. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? Interface-Comunicação, Saúde, Educação. 2005. Botucatu mar./ago 9 (17):1319.

7. Rodrigues RM. Enfermagem compreendida como vocação e sua relação com as atitudes dos enfermeiros frente às condições de trabalho. Rev Latino-am Enfermagem. 2001. Ribeirão Preto. . Nov.. V.9, n.6
8. Rocha SMM, Almeida MCP. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. Rev. Latino-am enfermagem. 2000; 8 (6): 96-101.
9. Silva VEF, Massarollo MCKB. A qualidade de vida e a saúde do trabalhador de enfermagem. O Mundo da Saúde. 1998; set./out.; 22 (22): 283-86.
10. Menzies I. O funcionamento das organizações como sistemas sociais de defesa contra a ansiedade. Traduzido e adaptado de "The functioning of organizations as social systems of defense against anxiety"-Izabel Menzies-Tavistock Institute of Human Relations-1970; 3-48. Material digitado na íntegra, no Departamento de Enfermagem – UNESP-Botucatu- São Paulo - Brasil.
11. Lima WCB, Sampaio SF. Competência política do enfermeiro: achados bibliográficos. Ver. Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre (RS)2007.dez;28(4):564-69.
12. Almeida MCP, Rocha SMM. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: Almeida MCP; Rocha SMM. (org.). O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez, 1997; 15-26.
13. Gomes ELR, Anselmi ML, Mishima SM, Villa TCS, Pinto IC, Almeida MCP. Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na

enfermagem. In: Almeida MCP; Rocha SMM. (org.). O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez, 1997; 229-250.

14. Araújo TM, Aquino E, Menezes G, Santos CO, Aguiar L. aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. Rev. Saúde pública. 2003; 37(4): 1-15.

15. Barboza DB, Soler ZASG. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. Rev. Latino-am Enfermagem. 2003; 11(2): 177-83.

16. Mendes R. O impacto dos efeitos da ocupação na saúde do trabalhador. Rev. Saúde pública. 1988; 22: 311-26.

17. Felli VEA, Tronchin DM. A qualidade de vida no trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem. In: Kurcgant P. (coord.) Gerenciamento em Enfermagem. Guanabara-koogan.RJ,2005.

18. Lambert AA, Oliveira CM. As vivências ansiosas nos trabalhadores em saúde mental-Estudo qualitativo-comparativo com os funcionários de hospitais gerais e empresas de variadas atividades. Rev. Bras. Saúde ocup. 1997, 24(89/90): 93-104.

19. Morillejo EA, Muñoz CP. Fatores de risco em trabalhadores da saúde. Rev. Tec-cient Enfermagem. 2004; 2 (9): 138-45

20. Raffone AM, Hennington EA. Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem. Rev. Saúde pública. 2005; 39 (4): 669-76

21. Pitta A . Hospital: dor e morte como ofício. Hucitec. São Paulo; 2003.

22. Murofuse NT, Abranches SS, Napoleão AA. Reflexões sobre o estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. Rev. Latino-am enfermagem. 2005 março/abril; 13 (92): 255-61.
23. Martinez MC, Paraguay AIBB, Latorre MRDO. Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. Rev. Saúde Pública. 2004; 38 (1): 55-61.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para serviços de saúde. In: Dias EC (org.). Representação OPAS/OMS. 2001. Brasília.
25. Trivellato GC. Metodologias de reconhecimento e avaliação qualitativa de riscos ocupacionais. São Paulo: Fundacentro, 1998.
26. Vasconcelos FD. Uma visão crítica do uso de padrões de exposição na vigilância da saúde do trabalho. Cad. Saúde Pública. 1995. V.11 n. 4.
27. Laurell AC. Processo de trabalho em saúde. Saúde em debate, 1991; v.11:8-22.
28. Oliveira BRG, Murofuse NT. Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho. Rev. Latino-am Enfermagem. 2001; 9 (1): 109-115.
29. RDC nº 50 de 21/02/2002 “Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde”. Agencia de Vigilância Sanitária (ANVISA). 21/12/2002; Pub Diário Oficial da União (DOU): 20/03/2002.

30. Stacciarini JMR, Trócolli BT. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. Rev. Latino-am Enfermagem. 2001; 9 (2): 1-18.
31. Lacaz FAC. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. Ciênc. saúde coletiva. 2000.v.5n. 1.
32. Marziale MHP, Rozestraten RJA. Turnos alternantes: fadiga mental de enfermagem. Rev. Latino-am Enfermagem. 1995; 3 (1): 59-78.
33. Governo do Estado de São Paulo. Procuradoria Geral do Estado. Estatuto dos Funcionários Públicos Civis do Estado. Lei n. 10.261, de 28 de outubro de 1968. Centro de Estudos, 2004.
34. Barbosa RMC. O processo de readaptação profissional em um hospital público: percepção dos trabalhadores de enfermagem portadores de doenças osteomusculares. [Dissertação] Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2004.
35. Mishima SM, Villa TCS, Silva EM, Gomes ELR, Anselmi ML, Pinto IC, Almeida MCP. Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: Almeida MCP Rocha SMM (orgs.). O trabalho de Enfermagem. Cortez. 1 ed. São Paulo: Cortez, 1997, v., p. 251-296.
36. Melo MRAC, Fávero N, Trevizan MA, Hayashida M. Expectativa do administrador hospitalar frente as funções administrativas realizadas pelo enfermeiro. Rev. Latino-am Enfermagem. 1996; V. 4 n. 1.
37. Bulhões, I. Enfermagem do trabalho. Ideas. Rio de Janeiro: 1986.

38. Nogueira DP, Azevedo CAB. Absenteísmo-doença em mulheres. Rev. Bras Saúde Ocup. 1982; 38 (10): 48-51.
39. Sarquis LMM, Cruz EB, Hausmann M, Felli VEA, Peduzzi M. Uma reflexão sobre a saúde do trabalhador de enfermagem e os avanços da legislação trabalhista. 2004; Cogitare Enfermagem; 9(1): 15-24.
40. Beck CLC, Denardin ML, González RMB. A banalização das crises vivenciadas pelas enfermeiras no mundo do hospital. Rev. Téc cient Enferm. 2005; 3(13): 479-85.
41. Reis RJ, La Rocca PF, Silveira AM, Bonilla IML, Giné NA, Martín M. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. Rev Saúde Pública. 2003;37(5):616-23.
42. Gaidzinsk RR, Fugulin FMT Castilho V. Dimensionamento de Pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: Kurcgant P. (coord.) Gerenciamento em Enfermagem. Guanabara-koogan.RJ,2005.
43. Resolução nº 293/2004 Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados. . Conselho Federal de Enfermagem. Brasil.
44. Carvalho MB de Felli VEA. O trabalho de enfermagem psiquiátrica e os problemas de saúde dos trabalhadores. Rev. Latino-am Enfermagem. 2006; jan-fev; 14(1): 61-9.

45. Lei Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”. Pub Diário Oficial da União (DOU), 20/09/1990.
46. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)3ª edição ver. Atualizada. Brasília. 2005.
47. Portaria MS nº 485 de 16/11/2005. Norma regulamentadora nº 32. Diretrizes básicas para implementação de medidas de proteção à segurança dos trabalhadores em serviço de saúde. Ministério da Saúde. Brasil. 2005.
48. Resolução SS-5, de 16/01/2006. Institui nas unidades da Secretaria de Estado de Saúde, a Comissão de Saúde do Trabalhador, COMSAT. DOE 18/02/2006. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Brasil.
49. Lei nº 8.142 de 28 de setembro de 1990. “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”. Pub Diário Oficial da União (DOU), 28/12/1990.
50. Resolução nº 185 “Dispõe sobre a autorização para execução de tarefas elementares de Enfermagem pelo pessoal sem formação específica regulada em lei e estabelece critérios para esta finalidade”. Conselho Federal de Enfermagem. Brasil, 1995.

51. Resolução nº 186 “Dispõe sobre a definição das atividades de elementares de enfermagem executadas pelo pessoal sem formação específica regulada em lei”. Conselho Federal de Enfermagem. Brasil, 1995.
52. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Persona edições; 2008.
53. Dejours C. A loucura do trabalho: estudo da psicopatologia do trabalho. Cortez-Oboré, 2003.
54. Dejours C. A banalização da injustiça social. Rio de Janeiro: editora FGV, 2007.
55. Medeiros SM, Ribiero LM, Fernandes SMBA, Veras VSD. Condições de trabalho e enfermagem: a transversalidade do sofrimento no cotidiano. Rev. Eletrônica de Enfermagem, 2006. V.08(2): 233-40.
56. Martins JT, Robazzi MLCC, Plath GA. Satisfação e insatisfação entre auxiliares e técnicos de enfermagem de uma unidade de internação feminina de um hospital-escola. Cienc.enferm.2007.V. 13(1): 25-33.
57. Silva DMPP, Marziale MHP. Problemas de saúde responsáveis pelo absenteísmo de trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. Acta Scientiarum. Health Sciences, 2003. Maringá, V.25(2):191-97.
58. Leite PC Silva A Merighi MAB. A mulher trabalhadora de enfermagem e os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. Rev. Latino-am. Enfermagem . 2007; mar.-abr; 5(2): 253-258.
59. OMS. Organização Mundial da Saúde. CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. [Centro colaborador da Organização

Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. Org. Buchalla CM. São Paulo. EDUSP. 2003.

60. Braga LC. Condições de trabalho e saúde dos profissionais da rede básica de saúde de Botucatu-SP [Dissertação]. Universidade Estadual Paulista. Botucatu, 2007.

61. Mendes AMB. Os novos paradigmas de organização do trabalho: implicações na saúde mental dos trabalhadores. Rev. Bras. De Saúde Ocupacional. 1995; 85/86(23): 55-60.

62. Backes DS Lunardi Filho WD Lunardi VL. Humanização no ambiente hospitalar a luz da política de humanização da assistência à saúde. Rev Enfermagem Brasil. 2005; 4(4): 227-31.

63. Alves M Godoy SCBG Santana DM. Motivos de licenças médicas em um hospital de urgência-emergência. Rev Bras Enferm. 2006 mar-abr; 59(2): 195-200.

64. Soboll LAP, Bernardino E, Silva SM, Felli VEA. Evidências de desgaste do trabalhador de enfermagem relacionada à organização do trabalho. O mundo da Saúde. 2004; 28(28): 181-87.

65. Silva VEF, Kurcgant P Queiroz VM de. O desgaste do trabalhador de enfermagem: relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador. Rev. Bras. Enferm. 1998; 51(4): 603-614

66. Zapparoli AS, Marziale MHP. Risco ocupacional em unidades de suporte básico e avançado de vida em emergências. Rev Bras Enferm 2006;Jan-fev;59(1):41-6.
67. Mishima SM, Villa TCS, Silva EM, Gomes ELR, Anselmi ML, Pinto IC, Almeida MCP. Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: Almeida MCP, Rocha SMM (orgs.). O trabalho de Enfermagem. Cortez. 1 ed. São Paulo: Cortez, 1997; p. 251-296.
68. Rocha AM, Felli VEA. A saúde do trabalhador de enfermagem sob a ótica da gerência. Rev Bras Enferm. 2004; 57(4): 453-58.
69. Borsoi ICF. Trabalho e saúde mental em equipe de enfermagem de um hospital-escola: buscando hipóteses para a depressão e prontidão hipocondríaca a partir do trabalho. In: Sampaio JJC, Ruiz EM, Borsoi ICF (Org.). Trabalho, saúde e subjetividade. 1999. Coleção "Saúde coletiva no Ceará"n.1:175.

## Anexo I –

### Classificação Internacional das Doenças – revisão 10

<b>CAPÍTULO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>GRUPO</b>
Capítulo I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	A00-B99
Capítulo II	Neoplasias [tumores]	C00-D48
Capítulo III	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	D50-D89
Capítulo IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	E00-E90
Capítulo V	Transtornos mentais e comportamentais	F00-F99
Capítulo VI	Doenças do sistema nervoso	G00-G99
Capítulo VII	Doenças do olho e anexos	H00-H59
Capítulo VIII	Doenças do ouvido e da apófise mastóide -	H60- H95
Capítulo IX	Doenças do aparelho circulatório	I00-I99
Capítulo X	Doenças do aparelho respiratório	J00-J99
Capítulo XI	Doenças do aparelho digestivo	K00-K93
Capítulo XII	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	L00-L99
Capítulo XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	M00-M99
Capítulo XIV	Doenças do aparelho geniturinário	N00-N99
Capítulo XV	Gravidez, parto e puerpério	O00-O99
Capítulo XVI	Algumas afecções originadas no período perinatal	P00-P96
Capítulo XVII	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	Q00-Q99
Capítulo XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	R00-R99
Capítulo XIX	Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas	S00-T98
Capítulo XX	Causas externas de morbidade e de mortalidade	V01-Y98
Capítulo XXI	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	Z00- Z99

## Anexo II

### Formulário de coleta de dados

1. Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: Masc(  ) Fem (  )

1. Enfermeiro

2. Auxiliar de Enfermagem

2. Idade: \_\_\_\_ . Estado Civil: \_\_\_\_\_ Categoria Profissional: 3. Atendente

3. Tempo na instituição (em anos): \_\_\_\_\_.

4. Número de licenças médicas no período estudado: \_\_\_\_\_

5. Motivo(s) do afastamento - CID \_\_\_\_\_.

6. Número de dias de afastamento : \_\_\_\_\_.

7. Readaptação Funcional

(  ) sim

(  ) não

## Anexo III

### Roteiro Semi-estruturado para entrevista

Entrevista nº \_\_\_\_\_

Dados de identificação:

Iniciais: \_\_\_\_\_

Data de entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Horário: \_\_\_\_\_

Tempo: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_

Número de vínculos empregatícios: \_\_\_\_\_

Especificar a  
atividade: \_\_\_\_\_

Tempo de formado: \_\_\_\_\_

Tempo de serviço no hospital: \_\_\_\_\_

1. O que você acha que contribuiu para o seu problema de saúde e afastamento de suas funções?
2. Você tem sugestões para evitar ou diminuir este tipo de problema.
3. O que significou a readaptação funcional e como se sente na atual atividade?
4. Deseja acrescentar mais alguma observação ou comentário

## ANEXO IV

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: “Afastamento por licença-saúde, readaptação funcional e suas implicações no gerenciamento de enfermagem”. Os objetivos desta pesquisa são de conhecer as principais causas que levam ao absenteísmo na equipe de enfermagem do Hospital Regional de Assis e o significado da readaptação profissional.

Para obtenção destes dados, utilizarei informações contidas na Guia de Encaminhamento para Perícias Médicas no período de 2002 a 2006 que serão transcritas para um formulário de interesse para a pesquisa; nos casos de readaptação funcional será realizada uma entrevista com perguntas norteadoras e gravada em MP3 garantindo sigilo e o anonimato, pois após transcrição das falas as gravações serão apagadas. E ainda afirmo que, os dados serão utilizados somente para fins de pesquisa e com divulgação nos meios de comunicação científica.

Esclareço ainda, que você poderá optar pela não participação, em qualquer momento da pesquisa. Este documento será emitido em duas cópias sendo uma para o pesquisador e outra com a pessoa entrevistada

Desde já, conto com sua colaboração e agradeço sua atenção.

Li e entendi este termo e aceito participar voluntariamente. Declaro que fui esclarecido dos objetivos da pesquisa.

Assinatura do sujeito da pesquisa:

\_\_\_\_\_.

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_.

Assis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007.

Joseli Maria Batista – Enfermeira – Coren-32.690

RG-6.993.113-6. Telefone para contato: (18)3322-6640/8113-2461.

E-mail: joselibat@superig.com.br

## ANEXO V

### Autorização do Conselho de Ética e Pesquisa



**Hospital Regional de Assis**  
**Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos**

Aprovado pela CONEP/MS em 09/11/2004 - RN 25000.165648/2004-93  
Praça Dr. Simphrônio Alves dos Santos s/nº. 19810-000 – Assis – SP  
Tel.: (18) 3302-6000 R. 6079 E-mail: etica@hra.famema.br

Parecer nº 47/2007

Assis, 08 de março de 2007.

Prof.Dr. Jairo Aparecido Alves

Com referência ao Projeto de Pesquisa intitulado **"Absentéismo na equipe de enfermagem e o processo de readaptação funcional"** de autoria de Joseli Maria Batista, sob vossa orientação recebeu **parecer favorável** por este CEP. Portanto, a pesquisa no que se refere eticamente pode ser iniciada.

Ressaltamos, contudo, a importância de no final da pesquisa enviar uma cópia para ser mantida em nosso arquivo.

Sendo só para o momento, aproveito o ensejo para renovar os protestos de elevada estima e distinta consideração.

\_\_\_\_\_  
Teresa Cristina Prochet  
Coordenadora  
Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos  
Hospital Regional de Assis

  
12/03/07

Anexo VI – Justificativa de alteração de título do projeto de pesquisa



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
CÂMPUS DE BOTUCATU  
FACULDADE DE MEDICINA  
Seção de Pós-Graduação



BOTUCATU, SP - RUIBÃO JÚNIOR - CEP 18618-970 - PABX (0xx14) 3811-8022

**JUSTIFICATIVA DE ALTERAÇÃO NO TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA**

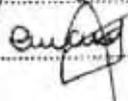
Declaramos que o Projeto de Pesquisa **Absenteísmo na equipe de enfermagem e o processo de readaptação funcional** aprovado pelo CEP em 08/03/2007, teve seu título alterado para **Afastamento por licença-saúde, readaptação funcional e suas implicações no gerenciamento de enfermagem** sem nenhuma alteração no seu conteúdo metodológico da época de apresentação para análise do CEP.

A presente alteração foi efetuada somente para adequação do título da Dissertação de Mestrado.

Na presente oportunidade, declaramos também que o período do estudo foi ampliado de 2003 a 2005 para 2003 a 2007, com o objetivo de demonstrar resultados com maior proximidade cronológica do momento das análises.

Assis, 09 / 06 / 2008

Nome/Assinatura do(a) aluno(a) ..... 

Nome/Assinatura do(a) orientador (a) ..... 

Programa de Pós Graduação em

Enfermagem

## ANEXO VII

### Depoimentos na íntegra

#### Depoimento 1 Codinome - Malva

1. Olha, eu fiquei muitos anos é, trabalhando só, somente a noite, sempre no mesmo período e isso foi, só aqui no Hospital regional, foi mais ou menos uns 11 anos, só trabalhando a noite. Eu penso que, devido a minha estrutura, pequena estatura, né? É, muito miudinha, eu creio que os “pesos” eram bastante, de acordo com a minha estatura e também ficar muito tempo sem dormir, porque, eu, quando eu ia pra casa, eu não conseguia dormir durante o dia, eu não durmo durante o dia,<sup>1</sup> eu posso estar cansada, com sono, que pra mim dormir só a noite, assim mesmo com remédio!(risos discretos), eu não sou pessoa que, se eu deitar agora, ao é certeza que eu vou dormir, então eu acho que prejudicou bastante, muito tempo trabalhando a noite, porque, mesmo antes do HRA, eu trabalhei na usina, no período noturno, fazia plantão de 24 h. (auxiliar de enfermagem do trabalho).

Então, eu acho que fui acumulando cansaço físico, mental, psicológico, e quando eu fui perceber, eu já não estava bem, então devido a esses esforços físicos também, comecei a sentir muitas dores. (Dores? Perguntei.) Nas articulações, e principalmente nos ombro direito, dor no braço, e chegou uma época que não conseguia mais movimentar o braço, nem pra cima, nem pra baixo, só numa posição assim, prá frente e prá trás, eu não conseguia pentear o cabelo!!! Então, isso foi que me deixou bastante preocupada. la ao médico, ele dizia que eu tinha um “pinçamento” na coluna e desse pinçamento só ficava nisso aí, e com isso eu fiquei três anos afastada! Três anos muito sofrido, com muita dor, e até que se descobriu que não era somente pinçamento, era, é, ruptura de três tendões: bíceps, que não é tão importante, supraespinhal e supraescapular, e depois da cirurgia, melhorei<sup>2</sup>. Mas, eu acho que o que contribui mesmo, fui eu sentir as dores e continuar trabalhando, e não procurar na devida época, o tratamento certo, adequado. Então, eu acho que o que prejudicou mesmo meu tratamento foi eu teimar em continuar trabalhando, sem comunicar que eu não estava bem.<sup>3</sup>

2. Olha, eu penso que deveria fazer uma revisão de funcionário, o funcionário não ficar num período só. Por exemplo, eu tenho colegas da minha época que ainda continuam trabalhando só à noite! Sem nunca mudar, mudar para o dia, sem mudar de clinica, então eu acho que devia ter rodízio, que tinha que mudar de uma clinica pra outra de vez em quando, do período diurno pro noturno, do noturno pro diurno, fazer uma revisão pra que a pessoa não venha a sofrer o que eu sofri<sup>4</sup>, e só quando descobrir, já não dá pra fazer mais nada! Então, descobrindo antes e podendo identificar ali, a causa, é muito mais fácil pra gente, menos sofrido, do que ficar teimando, “Não! Eu vou agüentar!” Sabendo que uma hora você pode cair e não conseguir levantar,<sup>5</sup>

3. No começo eu tive muito medo! (Medo? perguntei.) Tive, é, medo da mudança, mudar de uma função pra outra, “Será que eu vou conseguir?” Será

que eu sei fazer?"Então eu fiquei naquela dúvida,"Então eu volto agora?,Não,Não vou voltar,Porque no meu trabalho,naquilo que eu faço,.na minha função eu não vou conseguir,eu vou ter dor,eu não posso!.,o médico disse que eu não vou agüentar! Então, eu tive medo de enfrentar um outro tipo de função,medo achando que eu poderia fazer errado,que alguém podia não gostar,.então eu trabalhava um pouco receosa<sup>6</sup>. Mas, depois eu descobri que a mudança "faz parte",.o mudar é bom.Tô contente! Tô muito contente! Essa readaptação, pra mim, assim,foi uma luz! Porque eu vejo que mesmo eu continuando com uma "dorzinha" aqui,uma ali,que um pouco é da idade, do reumatismo, da fibromialgia,essas coisinhas, mas eu continuo sendo útil, produtiva, e isso é o importante pra mim,saber que eu não parei,que eu posso continuar! E eu tenho muito apoio das minhas colegas,tenho apoio de minha chefia,tenho apoio,.eu me sinto muito querida!,Onde eu vou eu me sinto querida! E isso me fez muito bem!,Me trouxe pra uma realidade assim,que eu posso!,não só,"naquilo",mas eu posso em outras coisas,eu posso mudar!,eu posso enfrentar mudanças!,Mudança não faz mal, só faz bem e é necessária!<sup>7</sup>

4. Naquilo que eu disse que poderia contribuir, na 1ª pergunta, também fazer com que o funcionário passe pelo médico, o hospital oferece o serviço, nos temos médico do trabalhador! Que o funcionário faça regularmente suas consultas, que se apresente mesmo, pra nós, em condições para o trabalho!Para que depois, ele não precise, de repente, se afastar e ficar tantos anos como eu fiquei, tratando em tempo, tudo é solucionável. <sup>8</sup> Então eu deixo aqui esta sugestão.

OBS: Agradei sua participação e ela continuou,.

-Eu é que te agradeço, porque se eu fui útil falando isso pra você,você foi muito mais útil pra mim,prá eu colocar tudo isso pra fora! Porque foi muito sofrido esses 3 anos! Minha fase de readaptação, antes da readaptação,o meu afastamento,eu não queria estar afastada,.eu me sentia assim,Ai,e agora?Eu não estou sendo útil! Às vezes eu vinha pra pegar minha licença, passar pelo departamento, né?(Departamento de pessoal), prá pegar minha papelada, pra levar na perícia, eu não me sentia bem com aquilo,.quando eu entrava dentro do hospital eu queria trabalhar!,Então, eu saía com aquele papel na mão, frustrada, eu ia pra perícia assim, "mas eu tô enxergando, , tô andando,é só um braço que não mexe! (risos) Dá pra eu fazer alguma coisa!,"Eu não queria ter ficado,.todo aquele tempo parado.<sup>9</sup>

Mas, Deus sabe todas as coisas e, com certeza, Ele continua me usando, onde eu estou,e eu estou satisfeita por isso!!

**Depoimento 2**  
**Codinome - Hortelã**

1. Excesso de peso, pouco funcionário na clínica, tá? Aí começou uma “fisgada” na mão! (expressão de dor). Foi adormecendo, adormecendo a mão, aí fui ao médico, uma licença atrás da outra, aí foi indo, indo, indo, até que, muita coisa aconteceu. (Muita coisa aconteceu?) Muita coisa aconteceu, muito paciente para poucos funcionários,<sup>1</sup> com a clínica com 32 leitos, clínica feminina, na época, (Clínica feminina?), depois virou clínica médica, (Tinham 32 pacientes?) Tinham 32 pacientes na clínica.

2. Mais funcionários, divisão de leitos por funcionários, senão vai cada vez mais funcionário ficar doente, e a postura do funcionário mexer com a cama, postura, chamar o colega para te ajudar a colocar o paciente no leito, ou tirar ele da cama para a cadeira de banho e colocar sentado; porque sozinho você não consegue, o banho de leito também tem postura correta<sup>2</sup>, do jeito que se pega o paciente, se vira, virar ao mesmo tempo, e quando tirar do leito pra maca, tirar em dois, em dois às vezes você não consegue! Porque o paciente é obeso, entendeu? E sozinho você não consegue fazer nada, e esforço, esforços repetitivos, ver pressão de 32 pacientes sozinha, a temperatura sozinho<sup>3</sup>, já imaginou? Naquela época não tinha, era você e você! E a chefia não via isso! A chefia não via a chefia não acreditava que eu tava doente, ficando doente, eu não tive apoio, eles riam na minha cara, (expressão de humilhação e tristeza), e no final falavam que eu estava atrapalhando o setor, (sentimento de tristeza e indignação).<sup>4</sup> Teve uma época que não podia mais empurrar maca, começou a cair os objetos de minha mão, a mão não obedecia mais, era uma licença atrás da outra, uma atrás da outra, fiz de tudo, foi difícil! Entendeu?

3. No começo eu me senti assim, como fala jogada pras traças, jogada prô canto, (Jogada prô canto?) Prô canto!!! Aquela lá não serve mais! Não serve mais!!! Isso dói bastante, não poder mais mexer com o paciente<sup>5</sup>. Aqui tá melhor, mas, (Aqui?), mexe com a cabeça, (Atualmente desempenha as funções na COMSAT). É, você descansa o braço, faz um ano, um ano e meio, em agosto, eu saí da clínica cirúrgica em janeiro de 2006, eu não tirei mais licença! (Satisfação). Não, não, não tirei mais licença!!! Mas agora surgiu a fibromialgia. Uma coisa foi virando a outra, apareceu outro caso. Se eu ficar nervosa, ataca. (Falou para causar impacto, me parece). (Perguntei: Se você ficar nervosa?). É, eu tomo psicotrópico a noite! Agora a fibromialgia não é considerada uma doença ocupacional do trabalho, é uma doença mental. (Doença mental?). Doença mental! (Fez questão de frisar). Tem gente que não dá bola pra isso, muito funcionário aqui tem, (nesse momento a funcionária explicou a respeito dos pontos em que a fibromialgia ataca). (Retomei perguntando: e na atual atividade, como está se sentindo?) Sentindo bem, de vez em quando “enche o saco”, né? Tem funcionário, a gente precisa de muita paciência com funcionário, dá muita dor de cabeça! Faço periódicos (exames), atendimento ambulatorial, eu vejo a pressão, mas com o outro braço, é assim, faço investigação, mas tem gente que acha que eu estou passeando no hospital!!!<sup>6</sup>. Aqui é um lugar bom, todo mundo quer, mas dá uma dor de cabeça, é muita responsabilidade, tem muito segredo que eu não posso falar, agora veio os perfuro-cortantes para acompanhar,

4. A chefia olhar mais para o funcionário. Tem muito funcionário que está doente e eles não sabem, aqui já teve dois suicídios!!! Eles acham que o

funcionário não está doente, mas o funcionário tá doente!!! (ênfatisou!) Tem funcionário com caso de alcoolismo!Muito grave!!!

5. Do ano passado pra cá, aumentou os acidentes de trabalho, principalmente na enfermagem, por causa dos plantões-extras, tá acontecendo muito acidente! Estão se machucando demais! E aumentando, eu acho, estamos tentando fazer uma pesquisa pra ver de onde está vindo isso, tem funcionário fazendo 14 plantões extras!!!!Funcionário não consegue trabalhar, dar assistência ao paciente, e tá aumentando as LER/DORT e a fibromialgia também!!,Ele faz 24,36 horas!!! Ele não sabe o que está fazendo!, A chefia tem que ver isso! Rever isso!(ênfatisou). Porque vai acontecer mais acidente, mais gente vai ficar mais doente, prestar atenção no que está acontecendo!<sup>7</sup> Se não prestar atenção no que esta acontecendo. Eu não quero que aconteça com eles o que aconteceu comigo!!! Eu falava, tá acontecendo isso, me tira daqui, me dá um lugar para descansar, não, aí que me “jogavam dentro da fogueira”!<sup>8</sup> Onde joga você têm que saber nadar, mas onde eles me jogavam eu sabia fazer as coisas, porque eu sou auxiliar de enfermagem, por sinal, muito boa!!

### **Depoimento 3 Codinome - Alecrim**

1 – No meu caso não foi bem um problema de saúde, foi um acidente, uma queda, fratura muito grande no braço, passei por três cirurgias, implantação óssea, tirar o osso do quadril para colocar na mão, sofri muito, entrei em depressão (emocionou-se). Não gosto nem de lembrar, juro por Deus! Sofri muito, mas serviu pra eu crescer como pessoa e como profissional. Foi uma queda da própria altura, na minha casa e passei por tudo isso. Fiquei afastada de minhas funções por um ano e dez meses.<sup>1</sup> Fiquei engessada com pinos nos braços. Daí foi quando fui para São Paulo fazer a readaptação e fui proibida de trabalhar na enfermagem por causa de pegar peso<sup>2</sup> Eu perdi movimento em certa parte da mão, Não posso forçar a mão esquerda e não posso abusar da mão direita, é peso, essas coisas não podem, atividades repetitivas como verificar PA, até poderia, mas aí posso ficar sem as duas.

2 – No meu caso não porque foi um acidente, né? Não foi acidente de trabalho, foi na minha casa. Escorreguei no quintal molhado.

3 – Eu acho que foi muito bom! Porque eu escutei muita gente falando: “ Ah! Não vem trabalhar. Qualquer “coisinha” não vem trabalhar!”<sup>3</sup>. Mas não é bem por aí. Eu fui pra São Paulo, passei na mão de quatro médicos e agora estou me sentindo bem nesse serviço que eu estou fazendo ,estou me sentindo muito útil nessa atividade que estou exercendo agora, aprendi muita coisa, todo dia aprendendo alguma coisa nova, aprendi e continuo aprendendo.<sup>4</sup> E o que eu puder ensinar ajudar alguém, eu estou à disposição.

4 – Eu tive apoio de vários, muita gente do hospital, muita gente foi na minha casa, me visitar porque eu não tinha coragem nem de sair de casa, porque eu tinha vergonha de sair na rua porque a turma ia falar: “Nossa pra trabalhar não pode, mas pra andar na rua”. Eu tinha vergonha do braço engessado da ponta

dos dedos até o ombro (risos), cheio de pinos, né? Quem foi na minha casa entendeu o meu problema, e quem encontrava comigo também, né? Só falavam aquele que não sabiam da minha situação<sup>5</sup>.

#### **Depoimento 4** **Codinome – Erva-doce**

1 e 2 – Então no caso aqui, foi porque olha, eu trabalhei no CS como atendente de enfermagem, então lá a gente atendia 8 médicos por turno assim, de manhã era um tanto a tarde outro e eram 16 pressões/médico, agora você já imaginou quantos eu via, Esse problema veio agravando.<sup>1</sup> Um dia uma dor aqui outra dor ali, Quando eu vim para o HRA eu trabalhei na clínica de psiquiatria que tinha menos atendimento assim, mas tinha, injeção e um monte de coisa prá fazer e aí eu fui para o ambulatório, quando abriu o ambulatório eu fui prá lá.

Aí começou, primeiro era pouco médico, mas os funcionários queriam ver pressão, fazer controle de PA, eu via 80 pressões por dia! Quando eu tava sozinha lá no ambulatório eu abria prontuário com uma máquina de escrever, atendia o médico lá dentro.<sup>1</sup> Ainda fazia 8 horas/dia! Tanto que o auxiliar de enfermagem não agüenta fazer mais de 6 horas. Ultrapassa o nosso limite! Sabe tanto da cabeça que a gente é muito cobrada. É cobrança em cima de cobrança! Aí, mas eu nem digo que sejam os colegas que trabalham com a gente, a instituição é assim. O sistema é esse!<sup>2</sup> Então aí foi acontecendo uma coisa e outra, Em 96 eu já sentia muita dor, muita dor na parte do braço aqui, Eu falava “Nossa!” e eu ia ao médico, passava remédio, fazia fisioterapia e fazia uma coisa e outra e nada, aí eu passei em uma médica do trabalho e ela falou, ela pesquisou o que tava acontecendo, inclusive ela pegou uma CAT para abrir, eu tenho a CAT até hoje e ela não abriu, Com testemunha e tudo e ela não abriu a CAT!<sup>3</sup> Eu tive que me afastar um tempo, depois eu voltava trabalhar, estava de novo! Eu usava tipóia, voltava, doía de novo. Porque eu acredito que do que aconteceu desse tipo, coisa que hoje eu tenho visto bastante aqui, eu fui a primeira, que pôs prá fora isso então aí eu comecei a me sentir mal<sup>4</sup>, e como minha filha fazia psicologia na área de Saúde do Trabalhador, o professor de minha filha começou a me atender separado e ele conhecia um médico em São Paulo especialista em mão. Aí meu marido me levou, pagou a cirurgia porque eu já não agüentava mais de dor, eu andava com o braço prá cima, a parte emocional estava lá em baixo! Aí o psicólogo me atendeu, me ajudou muito, (emociona-se!) ele me ajudou muito na época!<sup>5</sup> Aí eu vim embora, tive que ficar 7 meses afastada tinha que ficar, renovando licença,<sup>6</sup> Aí ele descobriu que tinha mais uma coisa aqui na mão, Aí foi mais quatro meses prá fazer a nova cirurgia da mão.<sup>6</sup> Tudo, Foi tudo isso que aconteceu, (emocionada!) aí eu penso assim que ,é como eu te falei, que a gente não via o horizonte, a gente não sabe a quem recorrer,<sup>6</sup> hoje as pessoas estão mais espertas, Já vão atrás e dizem que não podem fazer. Eu não quero fazer, E eu não vou fazer! E eu não tinha essa capacidade. Tudo que vinha eu fazia, eu abraçava, Então o doutor de São Paulo coloca nos meus afastamentos sobrecarga (e repete esta frase acentuando a palavra sobrecarga)<sup>7</sup> inclusive eu escrevo com adaptador, Fiz TO Também, precisei fazer TO. O adaptador também é prá ta usando prá escrever. Porque nem escrever é prá eu escrever. E aqui eu escrevo bastante, só que a minha

diretora é uma pessoa maravilhosa comprou um aparelhinho prá verificar pressão digital, porque, senão eu tenho que chamar alguém prá fazer isso pra mim é humilhante (ênfase) eu não gosto! Eu acho que se eu não tenho a capacidade, então não é prá eu ficar aqui então, se eu não posso fazer o serviço completo, então eu me cobro isso, até hoje eu me cobro! Então ela comprou, prá eu usar, Então eu fiquei mais desenvolta, né? No trabalho. Mas eu procuro fazer tudo assim direitinho, não ter problema nenhum, o que eu não posso eu não vou pegar, né? Porque eu que vou sentir! Uma época eu não tive apoio assim da instituição, falar assim: - vai para o Servidor (HSPE). Então meu marido que resolveu me levou, pagou tudo, e eu só afastando, afastando, afastando.<sup>8</sup> Aí quando o Dr. falou que eu podia voltar, fazendo as coisas dentro do meu limite, “sentiu você pára”, e não é assim que o serviço pede da gente, não é isso, você tem que trabalhar, você tem que dar conta do que tem que fazer, se tem que dar conta daquilo que se propôs a fazer, agora se você não dá conta então a gente não se sente feliz com aquilo. A gente sente. É uma coisa assim, é o que eu sinto (emocionada), não posso fazer, não posso fazer e aí como é que fica (muito emocionada). Se alguém precisa de ajuda prá descer da cama, eu tenho que pedir ajuda para o acompanhante que eu não posso pegar uma pessoa sozinha, não tenho condição, então você tem que ter o bom senso de não fazer, porque depois o seu organismo que vai sentir.<sup>9</sup> E sem contar com todas as crises que você tem devido muitos remédios, de cirurgias, de dor, de recuperação, não podia lavar um prato, não podia pegar um nada na cozinha, as pessoas fazendo tudo prá você, graças a Deus a gente podia pagar alguém para ajudar e se é uma pessoa a que não tem condição, Até hoje não posso lavar roupa, não posso passar, uma peça ou outra tudo bem, mas eu não posso ficar ali, meu filho me deu uma centrífuga porque só a máquina não dá, eu tive ajuda! Eu vou falar prá você, a ajuda que eu tive da minha família, não tem igual! (com ênfase). Parentes de longe me ajudaram! Então eu tenho que agradecer muito esse apoio de minha família e da equipe que eu trabalhava também. Sabe, aquela coisa, aquele apoio, tanto é que quando eu voltei, eles me quiseram de volta (na mesma equipe), mesmo limitada.<sup>9</sup> E já estou há 11 anos nesse grupo e eles estão me ajudando, esse grupo eu reconheço isso e eu fico muito grata a eles, porque de outra maneira não sei como ia ser porque a gente fica muito fragilizada, a gente sente assim que você está tão “capenga”, metade de você trabalha, metade não trabalha, sabe é um sentimento assim que só quem passa, que vive.<sup>10</sup>

3 – Eu acho que tem que ter tipo uma prevenção feita pelos fisioterapeutas com exercícios, alongamentos, tem que ter tempo para as pessoas fazerem isso, e muito carinho de quem te rodeia, é isso que é importante,<sup>11</sup> porque eu acho que ninguém vai mentir que está sofrendo, eu acho, eu tenho uma concepção diferente de pessoas, eu acho que ninguém vai mentir porque aquilo de melhor que a gente tem é a nossa saúde.<sup>12</sup> Você poder sorrir pra alguém, se poder chegar e, né? Você está atendendo um público também que vem te buscar fragilizado, chega quase pedindo socorro, “Aí, me ajuda que eu to precisando de você!” você tem que receber com um carinho muito grande! Quem lida com saúde tem que ter dom pra aquilo, senão não dá. Trabalhar só por dinheiro não pode, tem que gostar daquilo que faz. É isso.

4 – Então prá mim significou, porque eu achei que não ia trabalhar mais, eu não ia fazer mais nada! Prá mim foi bom! Eu vivi de novo! Eu vivi de novo, eu vivia na expectativa de voltar trabalhar, eu pedi prá voltar, eu liguei aqui e pedi, falei olha, eu to me sentindo melhor, eu sei que eu vou trabalhar limitada, mas eu quero trabalhar! Ai eles falaram, você fica em casa uns 4 anos e depois vai se aposentar. E eu disse não, eu posso trabalhar, eu posso produzir ainda! E como eu produzi mesmo, eu produzi, eu não deixei de produzir. Eu acho que produzi. <sup>12</sup>-Ah! E eu me sinto muito bem na nova função. Às vezes eu tenho uma dorzinha, eu paro, eu dou uma descansada no braço, <sup>13</sup> por causa de escrever, porque aqui tem que escrever bastante. Eu fico desesperada com tudo que tem que fazer! (Explicou sua doença). Não é cobrança, não!

5 - Eu acredito que a instituição tem que olhar mais sobre isso aí, vê mais a sobrecarga que a pessoa está tendo, porque não é justo também, porque a gente tem que trabalhar com prazer<sup>14</sup>, né? Tem que ser gostoso prá você! Mas eu acho que tem que olhar mais de perto essas coisas, observar o que está acontecendo (vocês da diretoria), porque tem muita gente sofrendo “caladinho” como eu sofri muito tempo quieta sem falar nada, até que não agüentei mais e “explodiu”, <sup>15</sup> né? Mas graças a Deus passou! Há 11 anos fiz a cirurgia! E quem for readaptado tem que readaptar mesmo! E vê o que pode e o que não pode fazer, porque você pode produzir ainda de outra maneira, né? Mas você pode produzir ainda! Se não você fica encostado, sofrendo sozinho, sem chance, a família sofre, todo mundo sofre, (tom baixo e triste). E nesse caso estando trabalhando não, você passa àquelas horas trabalhando, vai prá sua casa, você nem lembra o problema, atividade é maravilhosa! Então tem que trabalhar!<sup>16</sup>

#### **Depoimento 5 – Codinome – Camomila**

1 – Eu acho assim, um pouco é o tempo de serviço que eu tenho né? Eu trabalhei muito tempo no centro cirúrgico, de onde eu tirava aqueles pacientes anestesiados, pesados, à gente puxa eles da mesa prá maca e a vontade de cuidar é tão grande que a gente se esquece da gente, esquece de nós mesmos, <sup>1</sup> né? Da posição certa que tem que ficar só que naquela época a gente não tinha na instituição, as pessoas não cuidavam de avisar o cuidador a postura correta, ele pensava mais no paciente, cuidar muito bem!, Mas o nosso lado mesmo, ficava muito a desejar, né? Fazia o básico, mas aquela postura mesmo foi modificando com o passar do tempo, a gente não podia fazer e também tem aquela de como eu sempre fiz desse jeito e faz por vício, você acha melhor, Você acostuma, E nunca teve olhos de ninguém, muitas vezes, dizendo “Olha a postura! Pode machucar deixar seqüelas.”<sup>2</sup> Eu acho que um pouco foi o meu caso. Fechar aquelas autoclaves pesadas, você tem que travar elas, “botar” força! De madrugada, com sono e puxa aquela “carroçona” cheia de material, e com sono a gente nem se lembra da postura. A gente não vê a hora de passar um plantão tudo impecável, tudo “belezinha” prá não ter o que falar, né?<sup>3</sup> E deu no que deu, né? Porque, quando eu fui fazer perícia em São Paulo, ele falou prá mim que tudo acarretou de má postura, porque trabalhar em centro cirúrgico não é fácil, né? E vai que a gente se esquece da gente mesmo! E aí perguntei: “Dr. Por que esse problema tão sério na minha

cervical?” Isso foi porque você não foi vigiada, Alguém na orientação que cuida do cuidador, e a gente não tinha mesmo, antigamente faltava muita coisa, apesar de que eu era e sou uma pessoa muito feliz de estar ainda fazendo alguma coisa para o próximo, mesmo readaptada. E eu sou feliz mesmo com o problema, dentro da área.<sup>4</sup> Meu problema foi na cervical, e muitas vezes eu to passando no corredor e eu passo um pouco de constrangimento, porque falam “ Me ajuda aqui!” e eu quase vou, mas depois eu penso e eu , como é que eu fico? Então fica uma coisa meio constrangedora, mas eu controlo bem, eu fico mais aqui no meu “setorzinho”, que é leve, eu fico mais numa retaguarda, tipo assistindo as pacientes no apoio, fico orientando elas, até na postura! Sem elas saberem do meu problema de readaptação, porque não é todo mundo que entende, acha que a gente ficou imprestável, então eu não conto nada pra ninguém que eu sou readaptada<sup>5</sup>. Estou no lugar certo, não está me prejudicando, tanto é que eu não tenho que sair, tirar licença, nunca tirei.

2 – Eu acharia que tem falar mais sobre readaptação , porque cada tempo muda, acho que até a postura muda, tudo muda, esse mundo está tão correndo que, então eu gostaria que tivesse mais palestras sobre, falar mais e procurar chamar as pessoas readaptadas pra poder estar mais por dentro e contar um pouco pra cada um, cada pessoa falar pra outra o que está sentindo, os problemas, as falhas.<sup>6</sup> Quanto ao meu problema cervical, poderia ser evitado se na época eu tivesse um atendimento maior na minha postura, porque foi peso mesmo, porque na época você fazia aquele monte de coisa, talvez por ter poucas pessoas à noite. Eu creio que eu ganhei esse problema por isso<sup>7</sup>. Hoje tem mais funcionários. (Relatou alguns movimentos que pode ou não fazer).

3 – Teve um pouco de dificuldade de expressar o significado, mas respondeu: “Significou que agora eu tenho que me adaptar, ter “jogo-de-cintura” e levar em frente, só isso! Nunca querer achar que por eu ser readaptada eu não posso fazer nada, não tem bastante coisa que eu possa fazer no hospital. Porque quando eu fui fazer perícia, claro que fiquei preocupada com o médico me afastar, pois eu sempre trabalhei em minha vida inteira. Mas aí o médico falou que no hospital tem um monte de atividades. Me sinto muito bem no local que estou, não só nele, mas onde eu estaria trabalhando, eu ia me sentir bem, só de eu saber que podia trabalhar, ajudar alguém.<sup>8</sup>

4 – Tomara que esta pesquisa sirva para ajudar as pessoas e talvez até eu mesma, descobrir mais coisas que a gente não estava vendo, que ajude bastante.<sup>9</sup>

## **Depoimento 6** **Codinome - Louro**

1 - Ah, sinceramente, eu acho que não contribuiu em nada. Como eu te disse já, pra mim ficou pior ainda, foi pior ainda a readaptação. Eu não sabia que causava todo esse transtorno perante os colegas, o trabalho, inclusive até na família<sup>1</sup>. E eu nunca imaginei que fosse assim. Inclusive lá em São Paulo, no Departamento de Perícia, até a funcionária falou “Não deixa readaptar não”.

Mas eu achei que era bom, uma coisa bacana, mas sinceramente pra mim foi pior, ficou muito pior. Aí vem o porquê da readaptação. Só a gente sabe o que a gente passa a dificuldade que é. Então, é complicado. Na verdade eu fiquei afastado e a gente ia ver de conseguir aposentadoria por invalidez porque eu estava nesse processo de readaptação. Mas, sinceramente, pra mim ficou muito pior. Porque eu tinha assim comigo de não querer que as pessoas soubessem do problema de saúde que eu tenho, é um direito que eu tenho. Porque existe uma coisa muito grande, um preconceito muito grande. E, mas com essa readaptação as coisas vieram à tona<sup>2</sup>. A gente ouve aquelas coisas “Foi tirado da enfermagem porque tá doente. Tiraram ele da enfermagem porque não pode trabalhar com paciente. Tiraram ele da enfermagem porque ele tem isso. Tiraram ele da enfermagem porque ele tem aquilo.” Só que eu fui até meio ingênuo, eu não sabia que comentavam<sup>3</sup>. Não sabia que as coisas estavam assim. É claro que a gente encontra alguma pessoa que ajuda que fala, mas é aquilo “Ergue a cabeça, é assim mesmo.” Bom, mas enfim minha readaptação não resolveu em nada, foi pior.

Esse meu problema vem desde 2004. Antes de vir pra Assis, eu fiquei lá em São Paulo, porque trabalhava lá, fiquei um ano e meio fazendo tratamento e depois vim prá cá e recomecei. Aí sempre se tratando e acaba tirando 15 dias, 30, 60 dias. Chega um ponto que a gente não tem mais força. Passando por perícia sempre<sup>4</sup>. Então, o departamento jurídico do hospital orientou entrar com aposentadoria pelo menos se livra né? Pelo menos você passa por perícia e aí eu fiquei afastado uns 2 anos e meio, 3 anos. Aí saiu negado (a aposentadoria) e logo depois saiu publicada minha readaptação, eu nem sabia, Foi uma atitude lá do departamento de pericias medicas, no hospital ninguém entrou em contato, nem recursos humanos nem diretoria de enfermagem, nenhum relatório foi enviado pelo hospital<sup>5</sup>. Pois, os diretores de enfermagem mudam e cada um que entrava eu tinha que contar o meu problema. Às vezes eles me propunham desvio de função, trabalhar no ambulatório, ou ir prá ali ou aqui, mas eu não queria isso. Alguma coisa me dizia que se eu saísse da enfermagem, não iria ser bom pra mim<sup>6</sup>. Propuseram-me ir para o setor de compras, para o SAME. Realmente é uma luta, pois tem contar para cada diretor de enfermagem que assume, eu tenho que contar porque eu não posso fazer isso ou fazer aquilo.

Além da toda a correria para passar em consulta médica para fazer aos exames, para pegar os remédios, pois o medico esquece-se de preencher corretamente os protocolos (CID, justificativa), e a gente tem que ficar correndo atrás. O medico estava em reunião, passou do meu horário de comer e tomar os remédios. Os remédios são caros e em grande quantidade e, portanto não tem como a gente comprar, manter o tratamento sem depender das pessoas do hospital<sup>7</sup>.

Após esse comentário colocou uma série de dificuldades com relação ao acompanhamento médico completo, com a retirada de medicação de alto custo devido preenchimento incompleto do processo, aí não conseguia falar com o médico responsável, colesterol está alto devido ao tratamento entre outros.

Bem, enfim o processo foi publicado no Diário Oficial, após passar por uma junta médica (uns três ou quatro médicos), no DPME e mandaram-me aguardar na unidade de origem. Vim embora sem nenhuma consulta, nenhuma orientação e o DP me ligou avisando que eu estava readaptado oficialmente<sup>8</sup>.

E aí é que a coisa ficou pior, foi complicado, pois eu tinha que reassumir e eu tentei por um período no almoxarifado, por um mês e meio, mas não tem nada a ver. O pessoal de lá me recebeu muito bem, mas o negocio é comigo mesmo.

Na verdade, é muito difícil para eu encarar esse problema, ainda mais agora que todo mundo tá sabendo. Eu sinto muito preconceito dos colegas. Eu nem sabia que estava todo mundo comentando. Chegaram a me ligar falando, perguntando se era verdade o que estavam comentando, então é muito chato prá gente<sup>9</sup>. Eu passava no ambulatório, com o infectologista. Aí as pessoas perguntavam por que eu tava passando com ele, e os colegas falavam o meu problema. Eu acho que isso nem é ética profissional, é respeito<sup>10</sup>. Eu, quando alguém pergunta o que o paciente tem, eu digo que não sei que o médico está avaliando e acompanhando ainda. No caso de minhas licenças, porque eu estava de licença, as pessoas deveriam responder somente que é por que eu precisava, estava doente, e não já contar o que eu tinha me expor<sup>11</sup>.

O pessoal da perícia médica do estado são fogo, eles tratam a gente muito mal, muito mal mesmo. Eu até achava que readaptado seria mais fácil, mas é o contrário, para entrar em licença precisa de ofício do diretor, atestado e relatório medicam e muitas burocracias. Quando não vem negado. Precisa do rol de atividades, do que você faz depois da readaptação. Parece que eles não acreditam nos médicos daqui<sup>12</sup>. Quem me ajudou muito foi a chefe do almoxarifado Ela me ajudou muito, pois tinha dias que eu chorava o dia inteiro e ela me levava no PSMA e eles me aplicavam um Diazepan<sup>13</sup>; aquela coisa sabe a gente não consegue; a gente não consegue agüentar. Aumenta a pressão, dá diarreia, dá vômitos, dá dor no corpo, dá tristeza, dá tudo!<sup>14</sup> Estou passando na psicologia na UNESP e estou gostando. Tenho que acordar as 05h30min para colher os exames. Não posso perder. Se perder já viu, né?<sup>15</sup>

Colocou várias dificuldades quanto ao atendimento médico. Passa com vários profissionais (infectologistas e psiquiatras).

É complicado, é bastante complicado. Antes de eu ser readaptado, de estar sempre afastado, eu tratava lá em São Paulo, mas depois ficou caro prá mim. Aí quando eu comecei tratar aqui que tudo ficou assim. Aí meu pai morreu, mas essa é outra história. A readaptação não ajuda ninguém! Ou melhor, pelo menos prá mim, não posso falar pelas outras pessoas. Tenho vontade de pedir exoneração, liquidar isso daí, eliminar isso daí<sup>16</sup>, mas eu andei falando com uns advogados aí, pois vai ter uma hora que eu não vou agüentar. Talvez se eu falar com alguém, algum promotor, para ter um fundo de pensão ou auxílio doença.

Eu não consigo trabalhar em nenhum lugar, não tenho cabeça prá isso. Lá no Regional, prá falar a verdade eu não gosto nem de ir lá, pois tem uma diretora, que eu nem vou citar nomes, pediu que eu não usasse o banheiro da diretoria da enfermagem. E eu não ia usar o banheiro inclusive porque tem mais mulheres na enfermagem e eu não uso banheiro de mulheres, eu ia lavar as mãos, mas eu perguntei se era por causa de meu problema e ela disse que sim<sup>17</sup>.

No almoxarifado foi um episódio de eu oferecer minha cadeira para a colega sentar e ela disse que não ia sentar porque a cadeira ainda estava quentinha, meio em tom de brincadeira mas realmente não sentou na cadeira<sup>18</sup>.

Então a questão da readaptação é isso sabe. Eu já pensei que se eu tivesse ficado na enfermagem, tivesse aceitados os convites de trabalhar em outras

áreas, mas acho que não, porque o pessoal do regional ficaria sabendo, pois é incrível, como em todo local que se vai tem gente do regional, e eu fico constrangido sabe.

Até o que me constrange é o DP do hospital que fica sabendo o diagnóstico e comenta com outras pessoas, mesmo sendo codificado eu tenho certeza que vão procurar o que é<sup>19</sup>.

Nesse momento contou situações anteriores com outros funcionários, inclusive citando um colega homossexual, salientando que ele não é homossexual, e que as pessoas acham que ele adquiriu o vírus por esse contato.

Eu me arrependo de ter vindo de São Paulo, ter vindo fazer meu tratamento aqui, pois em São Paulo eu teria mais privacidade, pois ninguém se conhece, e eu poderia ter evitado tudo isso, pois o pessoal é muito maldoso. A enfermagem, ela é maldosa, eu não sei por que a enfermagem é assim, é muito complicada, a enfermagem é muito difícil<sup>20</sup>. Eu não sei se é porque tem muita divisão de categorias, entre enfermeiros, auxiliares e técnicos, talvez seja por isso. É muito complicado.

## **Depoimento 7** **Codinome - Orégano**

1 - Ah, o que contribuiu foi estar no lugar errado, fazer coisas que eu não podia fazer<sup>1</sup>. Por exemplo, quando saiu a minha publicação, que eu passei pelo perito, tudo, ele falou que eu não poderia estar sentando muito, não poderia pegar peso, fazer esforço físico de jeito nenhum, não andar muito, caminhar pouco e sempre procurando a posição melhor para mim<sup>1</sup>. Mas, como eu não tinha uma função específica, não fui readaptada, me readaptei oficialmente, mas não mudei de atividades<sup>2</sup>.

Meu problema é a falta de um osso na lombar na L5 e L6. Falta-me um osso que apóia a coluna.

O doutor disse que é um “defeito de fábrica”. Mas eu sempre tinha alguma coisa, estava cuidando do rim, tinha dores, teve um médico que achou que eu estava com cervicite. Então eu cuidava de outras coisas menos da coluna<sup>3</sup>. Mas quando minha perna começou a adormecer e dar “choque” na perna, eu quase já não estava mais andando mais, eu estava com 25 anos. Daí eu precisei cair para descobrir que eu tinha problema de coluna seriíssimo e ia parar na cadeira de rodas, porque já estava bem “escorregado” e se chama “espondiolite”. Aí eu já estava com lordose, com cifose, tudo no grau III, passando do limite e eu não sentia minha perna direito, na época<sup>4</sup>.

O trabalho na enfermagem contribuiu porque você senta, levanta e pega peso<sup>5</sup>. Aí você não sabe o que você tem; você tem que ir trabalhar e vai doente. E quantas vezes eu não fui trabalhar doente<sup>6</sup> né? Assim, e outra, você acha chato dar satisfação para os colegas e o colega fica falando por trás, ela faz aquilo, mas para trabalhar ela está doente, e eu sempre fui, sempre esquecia meus problemas, mas eu sabia minha dor, mas ninguém sabe<sup>7</sup>. Então, pra evitar essas coisas a gente acaba fazendo, entende como que é. A gente faz, porque é duro também ver uma colega se esforçar, você sabe que paciente vai agravar, você pega dali, pega daqui. E outra, o medo de cuidar do paciente. Eu

tenho medo de derrubar o paciente<sup>8</sup> né? Então da primeira vez que eu fiquei muito mal, que eu estava numa escala e a chefia chegou pra mim pra cobrir o noturno e eu fui só que tinha só três funcionários no centro cirúrgico, na central de material<sup>9</sup>.

E eu era responsável pelos materiais. Tiraram-me do centro cirúrgico e me levaram para a central de materiais. Eu carregava aqueles materiais pesados tudo sozinha. Eles achavam que a central não tinha muito serviço e tiravam as pessoas. Deixavam a gente sozinha, e foi onde eu perdi minha cirurgia<sup>10</sup>.

Perdi, porque não foi feita direito (SIC), e eles não colocaram a placa. Aí eu perdi o movimento também, o movimento de abdução. Aí eu caí e para não cair aquele monte de coisa em cima de mim, eu tentei segurar, né? Aí foi onde deu tendinite, deu Túnel de Carpo, um monte de coisa. Eu fui pra lá e já fui direto pro chão. Não foi aberto Comunicação de Acidente de Trabalho, mesmo eu procurando o Departamento de Pessoal. Eu estava internada e uma colega que foi pedir orientação e o rapaz do DP disse que tanto fazia eu entrar de licença médica como acidente de trabalho. Então “passou batido”<sup>11</sup>. Aí o advogado falou que isso não estava correto e ele queria até que eu colocasse na justiça, para eu receber indenização, dizia que isso é muito sério, que eu precisava de uma testemunha, porque a colega chegou da UTI e me encontrou lá largada no chão. Eu caí umas duas e pouco da manhã e só fui encontrada por volta das 05h00min da manhã! Fiquei lá sozinha! Você conhece o CC, né? Eu me arrastei até a porta do vestiário, e quando a colega chegou, pois havia ido ajudar na UTI, ela me encontrou<sup>12</sup>, porque eu bati a lombar, mas não sabia que tinha perdido a cirurgia. Estava com os braços dormentes e formigamento nas pernas, e aí eu não conseguia levantar e fiquei lá esperando porque eu não tinha o que fazer. Esperei passar a dor, aí fui fazer uma serie de exames, tomografia e me encaminharam pra Botucatu<sup>13</sup>. Fiz mielografia e descobriram que eu perdi a cirurgia e minha coluna está segura por um fragmento minúsculo e de um lado só.

Eu era limitadíssima. Eu operei, eu fiquei muito bem. Médico de fora. Porque meu caso é raro<sup>14</sup>. Aí eu sou tão chique! Cada vez que eu vou ao médico, eles acham uma coisa nova pra mim (Ri!). Dão cada nome pras minhas coisas, aí eu falo pelo amor de Deus, deixa eu quietinha! Então quando as meninas, uma era da obstetrícia, pois era junto, nós montamos o centro cirúrgico. Pois eles chamavam só quem tinha experiência e eu era instrumentadora. Eu tinha prática de montar caixa de material e eu e mais duas colegas montamos tudo. Fizemos em um ano. Aí começou a funcionar. Aí me colocaram na central, sozinha, sozinha. Elas foram para outros setores<sup>15</sup>. Eu não era readaptada ainda. Aí eu saí, fiquei 15 dias internada, na sonoterapia para ficar quietinha. Aí o médico me mandou para Botucatu pra operar novamente e pediu aposentadoria, pois meu caso ele disse que era de aposentadoria. Aí eu falei que eu não queria, pois achava que era muito nova para aposentar, eu ainda não sabia que existia readaptação<sup>16</sup>. Mas ele disse que eu não podia trabalhar desse jeito. Ninguém tinha me orientado sobre isso. E aposentadoria todo mundo falava que eu ficar sem salário, que ia cair o salário, e eu fui muito sozinha sempre, na época eu era mais sozinha ainda, não posso ficar sem salário porque eu tenho que cuidar das minhas coisas, eu era sozinha, tinha meu filho pequeno. Só sei que foi um sufoco pra mim, foi caso de procurar a justiça, pois foi falta de orientação do departamento de pessoal, dos colegas,

da própria chefia, de todo mundo<sup>17</sup>. Mas era “frescura” minha, né? Era “frescura” minha!<sup>18</sup>

2. Antes de responder essa, eu quero falar do meu sofrimento, porque antes de eu sair, eu fiquei dois anos e meio afastada e o doutor falou: você não pode trabalhar você tem que se aposentar, porque o seu caso é cadeiras-de-roda e a cirurgia é muito delicada, me encaminhou pra outro canto, porque aqui eles não fazem esse tipo de cirurgia, nem a ortopedia nem a neurologia e, eu falei: “doutor eu vou me sentir muito mal aposentando”, aí ele disse não existe isso, então como você é uma funcionária do estado, eu vou pedir a readaptação. Só que na época eu chegava lá (hospital), e tinha auxiliar de enfermagem na farmácia e em outros lugares, mas nunca tinham falado pra mim em readaptação<sup>19</sup>. Parece-me que agora que surgiu uma lei nova aí, que as enfermeiras ficaram com medo de se prejudicarem que vieram falar comigo, depois de muito tombo, depois de muita licença, de me prejudicar muito, porque licença a gente se prejudica<sup>20</sup>, né? E a cabecinha também, né? Além da gente não poder ir trabalhar no setor “pesado”, como ela me colocou lá na clínica de especialidade, eu não posso trabalhar na especialidade, aquele pessoal é totalmente dependente (neurocirurgias)<sup>21</sup>. E pra cuidar mal feito, coitados, o paciente não tem culpa, né? O paciente não tem culpa de estar lá. E eu cheguei lá e me prejudiquei de novo, porque fui pegar o paciente. Foi um acidente de trabalho. Todo mundo viu, eu saí na cadeiras-de-roda que o paciente entrou, e fui direto para o Pronto Socorro. Aí que foram descobrir que eu era readaptada oficialmente<sup>22</sup>.

Agora eu posso responder a sua outra pergunta. Como prevenir isso é no início da passagem de plantão é conhecer o colega, saber o problema de cada um, né? Não deixar que a gente chegue lá tendo que dar satisfação para o colega, né? A gente ia trabalhar melhor. Você pode fazer aquilo, não pode, então vem um colega e te ajuda<sup>23</sup>.

Então, agora eu só estou parada porque não arrumaram “um canto” pra mim, porque a minha vontade era levantar cedo e estar trabalhando, eu adoro trabalhar, aqui em casa eu não consigo parar, adoro trabalhar<sup>24</sup>. Só que eu estou assim, daqui um pouco eu tomo meu remédio e eu vou deitar e não levanto mais (eram em torno de 19h30min). Até amanhã eu fico deitada. Então eu tenho gasto com médico, com remédio e além de eu ficar aborrecendo os outros. Agora nós temos a médica do trabalho que está atendendo nós, mas ela tem que estar bem mais atenta ainda para os profissionais que estão afastados assim na readaptação. É afastado, é readaptado, funciona assim, tem que fazer assim<sup>24</sup>. Porque quem me orientou, na época, foi o departamento de perícias lá em São Paulo. O médico de lá me orientou e ficou muito bravo comigo, porque se você pegar o meu rol de atividades, ele está mentiroso. Ele é um rol que não estão fazendo certo, porque ele foi copiado daquele que veio de São Paulo e o certo é eu seguir o que a enfermeira fez aqui e esse ser encaminhado para São Paulo<sup>25</sup>. A enfermeira deveria ser melhor orientada e chegar e falar, dar bronca na gente e dizer, você não pode fazer isso, ficar em cima pois se acontece algo, elas vão se prejudicar<sup>26</sup>. No meu caso me colocaram no centro cirúrgico, então eu nunca fui readaptada ali, nunca fui readaptada ali. Nunca! Porque lá você continua manipulando o paciente, mudando de maca e mesa cirúrgica. O paciente agita depois da cirurgia e se eu cair junto com o paciente<sup>27</sup>, né? Como já aconteceu, o paciente não caiu

mas eu caí. Eu não deixei o paciente cair, como no outro acidente que citei acima, eu não deixei cair aquele monte de coisa em cima de mim, caixas pesadas. Acho que falta a supervisora ficar olhando e orientar<sup>28</sup>. Porque quando eu voltei para trabalhar, eu pedi pra voltar, porque já era para eu estar aposentada faz tempo, aí eu pedi, por favor, eu quero voltar a trabalhar. A doutora falou, vamos arrumar. Vamos arrumar porque eu não quero mais tirar licença. Eu não agüento mais. Eu tenho que voltar porque também o meu salário vai tudo em remédio<sup>29</sup>, ainda meu filho ficou doente na época também. Mas eu sabia que eu era readaptada, mas meu papel ficava guardado lá em uma gaveta. Ninguém sabia onde estava. Tanto é que levou quase três anos para publicação<sup>30</sup>. Enquanto isso era um comentário entre os auxiliares de enfermagem, porque era uma falta de funcionários no setor<sup>31</sup>. Aí logo mudou, não podia desviar de cargo, mas eu ainda continuei. Aí ela chegou (a chefia), e falou com a equipe dizendo que eu tinha um problema sério de coluna e pedindo que os colegas colaborassem comigo<sup>32</sup>. E eu fiquei, mas aí tinha comentários que eu tava com frescura<sup>33</sup>. Então teve esse momento de explicar para a equipe, mas depois ela foi embora, veio outra. E agora que a chefia veio perguntar pra mim se eu era oficialmente readaptada, aí eu disse sou, e não é de agora, isso é coisa de anos. Aí ficaram com medo de mim, porque no local que eu estava era aquela correria e então a diretora de enfermagem chegou pra mim e disse que sabiam do meu esforço, mas que eu não poderia mais ficar ali (no centro cirúrgico), senão vai dar esse tipo de problema. Desde dia em diante, de vez em quando ela (a diretora), está lá, observando, mas a escala está lá. Há três anos eu continuo na escala da central de material e eu enfrentei aquilo sozinha, sem nenhuma companheira. Aí quando descobriram (a readaptação), puseram uma pra trabalhar comigo<sup>34</sup>. Aí ficamos em duas. Aí a colega chega e você está com dor de cabeça, e ela quer ter “duas cabeças” pra doer mais que a sua!<sup>35</sup> Aí o desgaste é tanto porque eu não podia faltar, eu não podia abonar, eu tinha que trocar o meu plantão. E foi por aí que eu fui levando. E o dia que eu chegava e tinha que pedir para o meu marido ligar e dizer que não ia dar mesmo (para trabalhar), porque eu não estava levantando, pedia para dar o recado e a colega falava que não ia dar recado não, que eu tinha que ir lá falar coma a chefia pra justificar. E eu pedia, por favor, dá o recado aí, anota no livro pra poder providenciar outra pessoa, porque eu era sozinha<sup>36</sup>. Então fez muita falta isso, as pessoas saberem do problema da gente, saber o que é readaptado, eu estou explicando isso pra você agora, mas eu tinha que estar dando satisfação para as minhas colegas<sup>37</sup>. Porque ficam todas com um “bico” desse tamanho quando você não vai. Não quer anotar o recado, acha que você está com “frescura”<sup>38</sup>. Precisou os médicos (neurocirurgiões do hospital), me verem lá (trabalhando), e dizerem: “Mas o que você está fazendo aqui? Na frente da enfermeira eles me mandaram ir embora dali. Ficaram bravos comigo, eu fiquei até com vergonha. O Dr. X (neurocirurgião), disse: “Você sabe que você não pode estar aqui, vai cuidar de você porque você sabe que seu fim é a cadeiras-de-roda, então você vai pra casa e o atestado a gente vê depois”. Aí é falta, é abonada, pra depois sair a licença. Então você já sabe, né?”<sup>39</sup>

3) Não tem nem resposta, porque tudo isso que eu passei mostra que contribui para que eu piorasse, porque eu fui readaptada só no papel, porque na prática mesmo, eu não fui. Então eu nem posso responder pra você como eu me sinto

readaptada, porque eu não estou bem, eu nunca fui readaptada!<sup>40</sup> Agora é que está começando e hoje eu ainda estou bem, mas olha o tamanho da minha mão (apresenta a mão direita com presença de edema importante). Minhas pernas doem, parece que eu estou com um saco de pedras nas costas. Aí como é que eu vou cuidar de um paciente desse jeito, como é que eu vou fazer uma injeção sem força, né?

Ah! Mas ela pinta né? (Faz trabalhos manuais em casa, como restauração de pintura em estilo “patma”, mas refere que o marido e o filho a ajudam). Então eu estou ótima porque eles me ajudam muito, inclusive meu marido ficava bravo de eu ir trabalhar doente. Dizia, como que pode você ir trabalhar doente e eu trabalhei muitas vezes doente<sup>41</sup>. Agora eu tirei uma licença, mas aí a gente tem a contas para pagar, aluguel da casa e outras despesas, e o salário cai lá embaixo. Você tem perdas no salário. Aí quando você vai parar você pensa bem e mulher parada é fogo (Ri!). Lembra o acidente no CC e CME onde perdeu a cirurgia e repete que tem muito medo de cair, inclusive comprou chinelos “especiais”, com antiderrapante. Em cãs quem lava o piso é o marido e filho e no hospital tem muito medo de cair no Centro Cirúrgico (CC), pois caem produtos e secreções e o chão fica liso, escorregadio<sup>42</sup>.

Um dia, caiu secreção do aspirador na sala cirúrgica da neurologia e o chão ficou liso e eu escorreguei, e eu “fiquei de quatro lá” e o doutor veio me ajudar mas eu preferi ficar daquele jeito um pouquinho, para depois levantar, De novo levei bronca pois o médico perguntou o que eu estava fazendo ali. Então eu que tenho mesmo que me cuidar. Então eu segui o conselho, porque venceu minha licença e eu voltei para trabalhar e não tinham me colocado em nenhum lugar. Fiquei como uma “barata tonta”, pra lá e pra cá<sup>43</sup>. A mão inchada e muita dor. É terrível, e eu já fui trabalhar muitas vezes assim. E eu cheguei pra trabalhar e não tinha um lugar pra mim. “Aí me colocaram na limpeza e montagem do ‘kit’ de manipulação onde eu montava seringas e minha mão só foi crescendo. Aí eu fui ficando “durinha”, não tinha forças mais! Aí eu disse que ficar ali não ia dar, porque minha mão estava piorando. Eu estou com hérnia no pescoço. Protrusão discal. Mas isso dói, heim? Aí eu disse, não vai dar pra eu ficar no “kit” não. Aí então eu fui trabalhar na farmácia. Eu olho aquelas “caixonas” pra eu por no chão e nas prateleiras, e abaixa, levanta, aí você tem que carregar tudo aquilo. Vai buscar lá embaixo e empurra aqueles carrinhos tudo cheio, pesado. Caixas de soro. Aí eu disse, eu não vou agüentar esse negócio! Então eu não pude ficar.

Aí a chefe do CC pediu pra eu ficar na recuperação pós-anestésica, mas como é que eu poder ficar responsável pelo paciente, criança, novo, velho, e se agita um paciente desse? Mas foi dito e feito. Um paciente forte, grande e agitado no pós-cirúrgico e se eu derrubo um paciente desse? Eu estava com dor mesmo e desci para PS e Dr. Y, me mandou embora pra casa e disse que o dia que eu precisasse, pois você não tem condições de trabalhar mesmo!

Bem, depois disso que eu recebi uma convocação pra ir à perícia em São Paulo, e o médico de lá também ficou bravo comigo, mas eu levei um rol “falso”, pois diz que eu só atendo telefone, que eu recepciono os acompanhantes dos pacientes em recuperação, mas imagine que eu faço só isso! E lá está constando que eu faço só isso<sup>44</sup>.

Aí o medico de lá viu o meu diagnóstico e meu prognóstico e deu parecer favorável para a readaptação. Disse: você vai cuidar de você! Vai medicar o paciente em pé ou sentada e só isso!

Então eu me perguntei o que eu vou fazer no hospital? Aí eu me sinto mal, entende?

Já teve vez da enfermeira falar pra eu ir pra UTI, então outra colega “comprou a briga” por mim e disse à enfermeira que acompanhou a minha cirurgia e sabia que eu não podia ir pra lá, porque eu era readaptada. Então a enfermeira disse então, o que eu ia fazer lá! Olha a chefia falar isso pra mim me deixou lá embaixo!<sup>45</sup> Eu não abri minha boca e pensei comigo, “não, agora eu vou falar com quem eu tenho que falar!” Aí fui ao DP perguntar como é que funciona esse negócio de readaptado. E eu trabalhava a noite na época. Pedi que me desse um Xerox de como funcionava a readaptação e o mesmo questionou porque eu não tinha o documento, e eu disse que nunca me deram. Então ele me explicou que eu tinha que estar com esse documento sempre comigo (rol de atividades). Aí eu tirei a Xerox, mas do novo rol, até hoje não saiu a publicação. Então hoje eu estou aguardando passar pela neurologia da perícia para aposentar, pois o ortopedista já falou que eu não posso trabalhar, mas até agora nada. E eu tenho que ficar explicando isso pra todo mundo!

Por isso eu acho que tem que ter uma equipe pra conhecer o funcionário, assim a gente não se expõe<sup>46</sup>. Eu me expus demais! Nossa! Eu nunca discuti com ninguém dentro do hospital, só guardando, sabe? Só estou aguardando a resolução de São Paulo, pois eles me orientaram ficar aguardando a publicação da minha aposentadoria.

Eu sei de funcionários que estão prestando serviço em outros locais, mas não me chamaram. Portanto eu entro no hospital com meus papéis de licença, vou direto pro DP, mas eu acho que deveria ter uma pessoa que soubesse orientar a gente lá no DP, um assistente social para orientar nossos direitos de forma adequada<sup>47</sup>. Inclusive eu tenho dificuldades de ir pra São Paulo. Eu não sei andar lá sozinha. Junta o sono (toma medicação para ansiedade e depressão) e a tensão e eu tenho que pagar pra alguém ir comigo. Paguei pouquinho e a passagem. Aí cheguei aqui e o DP falou que eu ia ter que voltar para uma perícia de prorrogação. Falta muita orientação da parte deles (DP)<sup>48</sup>.

Coloca nesse momento uma série de dificuldades com a DPME devido mau atendimento, falta de boa-vontade em orientar os funcionários e a visão de que todos temos obrigação de saber de tudo que temos que fazer.

4) Eu acho que deveria ter um pessoal especializado para ver esses problemas, porque é muito sofrido, é muito sofrido você passar por isso. Você não ter uma orientação, você ter que estar dando satisfação, principalmente para os colegas, é uma coisa muito chata! Você não poder fazer as coisa e ter que fazer, você acaba se prejudicando mais. Ter um psicólogo, um conselheiro, o próprio médico para falar. Uma pessoa que saiba direito da gente, mas não brigando como sempre foi comigo. “Ah! Não quer trabalhar!”<sup>49</sup> Se você pode fazer isso, faz aquilo também! Por que eu gosto de tomar uma cervejinha e se eu tomar o remédio eu vou dormir! e pra eu levantar 6:00 horas se ir trabalhar, eu não posso tomar o remédio, aí acumula e eu vou ficando com dor. E outra se gasta dinheiro! Aí que sabe de uma coisa, eu tomo um golinho de cerveja, que eu relaxo, aí quando eu to muito atacada, eu vou ao hospital, tomo uma injeção, aí você leva sua vida melhor, porque se eu for ficar tomando remédio, eu vou passar minha vida deitada, engordando. E eu já sou limitada. Não posso fazer ginástica, não posso caminhar, não posso fazer nada, olha o tamanho que eu estou! E estou me prejudicando, porque gorda eu não posso

ser. Ontem até chorei, porque eu falei para meu marido, se eu me aposentar, é tão ruim pra gente, sabia? Eu não posso me sentir uma inválida, de jeito nenhum!<sup>50</sup>

Seria o certo então ter uma pessoa para explicar para as outras quando a gente é readaptada, o que pode fazer e ficar acompanhando. A própria supervisora a chefia, né? Até pra gente mesmo, explicar o que a gente pode fazer, porque se acontece alguma coisa a lei é dos trabalhadores, né? Agora eu não sei se eu vou voltar trabalhar lá. Eu espero que tenha um “canto” pra mim<sup>51</sup>.

## **Depoimento 8**

### **Codinome – Babosa**

1 - Olha, assim, eu sempre trabalhei. Formei-me em 1976, fui trabalhar em 1977 e naquela época eram poucos funcionários para 30 e poucos pacientes. Então você tinha desde cuidados, medicações, levantar pacientes que precisavam, às vezes, de duas a três pessoas, então era bem complicado. E às vezes você pega peso além do seu porte físico, além do que você suporta. E foi assim durante muitos anos. Daí eu trabalhei no pronto socorro. Empurrava maca com pacientes pesados. Muitas vezes você até descia com o paciente empurrando o pela lateral sozinha. A gente fazia porque eram poucos funcionários e não tinha como. Então isso contribuiu muito porque forçava muito a coluna da gente<sup>1</sup>. E aí com o passar do tempo, eu trabalhava mais, trabalha em Palmital e teve um acidente. Na época a estrada era o “corredor da morte”, então chegaram de madrugada do acidente e fui lá à porta e o paciente estava todo ensangüentado. Estava eu e o motorista, ele e eu pegamos na maca e puxei para o meu lado e no corre-corre do atendimento eu não percebi e eu comecei a sentir dor<sup>2</sup>. Não sei se foi justamente esse ponto que desencadeou. Quer dizer, desencadeou daí. Porque até então eu trabalhava e não tinha dor na coluna. Em 1986/87, foi que aconteceu isso. Aí, no outro dia eu não conseguir ir trabalhar. Fui para o médico, ele medicou. Aí eu fiquei engessada da cervical até a região abdominal, e eu fiquei engessada 18 dias tomando Dolantina na veia porque a dor era insuportável! Aí fui, fiz exames, sempre tratando, sempre com dor na cervical, sempre usando colete, usando colar cervical. Dessa época pra cá eu não fui mais gente, não sei o que é ficar nenhum dia sem tomar remédio para a dor<sup>3</sup>. Hoje eu tomo medicações constantes de Tramal de 8 em 8 horas. E quando eu entro em crise, eu tenho que internar e tomar até morfina. Aí fui tratando com vários ortopedistas, fazendo exames, mas nunca chegavam a um diagnóstico correto, só paliativo e a dor aumentando<sup>4</sup>, aumentando, até que chegou um dia, eu estava trabalhando aqui e não agüentava mais. Eu chorava porque não tinha como ficar sentada, como fica em pé, única coisa que melhorava um pouco era deitada e começou formigamento e meu braço começou a ficar edemaciado, o braço do lado direito<sup>5</sup>. Aí eu saí daqui e fui até a chefia e pedi para ir ao pronto socorro, na ortopedia para ver se achava um médico que me desse alguma coisa porque eu não suportava a dor<sup>6</sup>. Cheguei lá o médico mal olhou para mim

e falou que era bursite me deu um atestado falando que eu tinha que ficar 4 dias sem fazer esforço<sup>7</sup>, porque eu trabalhava na Central de Material, pegava aquelas caixas pesadas e ficava muito na posição da cervical abaixada (para lavar o material), e aquele formigamento, aquela dor que, a posição que você sentava no banco, mal posicionada<sup>8</sup>, tanto que na época eu fiz fisioterapia. A fisioterapeuta se propôs a vir aqui, fazer um trabalho de orientação para boa postura para os funcionários, pois eu expus pra ela que a gente tinha uma banqueta que não dava a altura certa, correta da bancada de serviço, e ela se prontificou a vir aqui mas a diretoria da época não aceitou. Ela não iria cobrar nada, até porque estava vendo meu estado, meus exames, minha tomografia, por isso ela queria vir<sup>9</sup>. Aí constatou que eu tinha uma hérnia de disco. Isso foi em 93/94, mais ou menos. Aí tinha comprovado que eu tinha hérnia de disco. Mas ninguém indicou a cirurgia. Era só tratamento, tratamento, Voltarem, muita dor, só essas coisinhas. Eu tomava remédio por conta, porque já não tinha mais o que tomar<sup>10</sup>. Aí quando eu entrei em uma crise, nesse dia que eu passei no médico ele me mandou tomar Dorflex, porque era a bursite. Eu peguei o atestado, mas pensei comigo, eu não vou entrar de licença por 4 dias, tomando Dorflex, sendo que eu já havia tomado remédio mais forte, então eu falei que isso não ia me adiantar nada e eu vou ter que procurar alguma coisa<sup>11</sup>. Aí graças a Deus! Acho que foi Deus que enviou o Dr. W para Assis e ele estava em uma cirurgia de crânio, uma cirurgia demorada e eu gritava de dor, tanto que eu pedi para o meu marido me levar ao veterinário, porque a dor era insuportável, não tinha como ficar, nem em uma cama (emocionou-se). Era insuportável a dor! Aí, o doutor falou que a hora que terminasse a cirurgia, ele pediu pra eu voltar pra casa, ficar deitada que assim que ele terminasse a cirurgia ele pediria pra me ligarem pra poder me ver. E eu gritava de dor. “Pára, pelo amor de Deus, me tira essa dor. Eu não suporto mais!”<sup>12</sup>. Aí eu vim, conversei com ele com o resultado da minha tomografia e ele falou. Mas antes disso, quando passei com outro médico, com o Rx simples, pois eu estava com febre e o clínico pediu para ver os pulmões, ele disse assim: “Você não tem coluna mais. A sua coluna é pior que a de um velho de 70 anos.” Ele usou essa expressão. “Que aconteceu? Você não tem coluna! Você tem sete bicos de papagaio, menina!”. Naquela época ele era bem mais jovem que agora<sup>13</sup> né? Ele ainda brincou comigo: “Se o IBAMA lhe pegar você tá presa. Está com todos os bicos de papagaio na sua coluna.” E disse que eu tinha que tratar. Aí quando eu cheguei ao extremo, cheguei ao extremo da dor, meu braço ficou edemaciado, o doutor que me atendeu, mandou me internar imediatamente. Aí ele perguntou para mim o que eu tinha feito para minha coluna estar naquele estágio, dessa forma. Perguntou se eu tinha trabalhado em sítio, porque geralmente quem trabalha em sítio pega peso. Eu falei que não, que o único serviço pesado que fiz desde que eu me formei, foi trabalhar dentro do hospital, peso que eu peguei que justifica sua pergunta, foi pegando, levando paciente, carregando paciente. Pegando peso, empurrando maca<sup>14</sup>. Porque ele disse, sua coluna está todinha deteriorada, você não tem mais coluna! Aí eu fiquei 10 dias internada tomando Tramal EV, tomando um monte de remédio para dor, injeções de 6 em 6 horas, de 8 em 8 horas. Aí o doutor falou para fazer uma ressonância naquele momento mesmo. Ele mesmo tentou marcar, falou com a assistente social e disse que precisava da ressonância urgente. Dali dois dias eu fui para Prudente, fiz a ressonância, já marcamos a cirurgia e ele disse que nunca tinha visto uma hérnia daquele tipo. Era uma hérnia cervical, enorme e

seca. Aí eu fiz um enxerto, tirou três centímetros do osso do quadril e aumentou em três centímetros. Depois disso deu uma melhorada, melhorada em termos porque eu fiquei três anos diretos, passando em consulta, tomando Tramal, tomando relaxante, porque o doutor falou que eu tinha que ficar totalmente relaxada. Mesmo depois da cirurgia, durante ainda uns três anos, ainda formigava 24 horas. Eu não posso ficar muito tempo sentada nem muito tempo em pé<sup>15</sup>. Já estou começando a sentir agora. Está querendo começar a formigar. Aí eu tenho que deitar durante 10 a 15 minutos. Eu tenho essa orientação por escrito do doutor. Quando eu começar a sentir dor eu tenho que deitar uns 15 minutos. Eu fiz uma última ressonância, porque começou a voltar a dor, mais forte. Fiz uma ressonância recente e estou com outra compressão, só que ele disse que ou a minha coluna está muito deteriorada, desidratada, em último caso, a última coisa que ele vai tentar é eu evitar, ao máximo, de pegar peso. Inclusive ele falou que o peso maior que eu poderia estar pegando é uma caneta, uma escova de dente. Eu falei para o doutor que era impossível, pois a gente trabalha em um hospital, mesmo readaptada, é impossível fazer isso<sup>16</sup>. Porque eu já cansei de ouvir dizer: “Você está doente, fique em casa!”<sup>17</sup>. Porque a gente vem pra atender um paciente, atender uma campainha, dar atenção, uma palavra para um paciente que está pior e eu estou colaborando. Não era só isso que eu queria estar fazendo, eu queria estar produzindo mais, mas infelizmente minha doença não permite, não é porque eu quero. Isso leva a gente a um estresse tremendo! Um desgaste tremendo! (emocionou-se novamente)<sup>18</sup>. Então é isso, eu fiz a cirurgia, fiz acompanhamento com o médico da dor, faço uso de Amplictil, Rivotril e Tramal que é para relaxar e para dor. Esses remédios eu tomo constantemente para eu poder vir trabalhar 6 horas. Se eu ficar em casa, tenho que fazer o almoço e eu não consigo mexer uma panela, mexer um arroz, porque não dá para fazer esse movimento do braço. Os médicos falaram que meu caso é sério, é comprometedor, que eu posso ficar até paraplégica se for submetida à outra cirurgia. Mas quem olha pra gente, aparentemente, não vê. Acha que você não quer trabalhar, que está blefando, só que você tem tudo ali<sup>19</sup>. Aí eu questionei com o doutor, porque é duro ouvir pelos corredores, funcionários atrás de você dizendo: AH! Fulano está andando aí pelos corredores! É lógico, eu não posso parar! Então para você estar doente, você tem que estar com uma perna amputada ou um membro decepado! Eu não posso me entregar, porque se eu me entregar eu vou piorar! Eu tenho que trabalhar a minha mente e aprender a conviver com a minha doença! Eu sei que não vai ter cura<sup>20</sup>. O médico já me disse que eu não vou ter cura e que meu estágio é regressivo. Nessa última licença que eu tirei, ele colocou “quadro regressivo”.

Aí eu não podia mais mexer com o paciente, fazer força. E nas centrais de materiais eu teria que pegar caixas pesadas, caixas de mais ou menos 100 peças. Eu tinha que ficar em uma mesma posição, montando essas caixas por várias horas e eu não agüentava ficar<sup>21</sup>. Aí ele (doutor) pediu para eu sair da central de materiais e fazer um serviço mais leve. Aí me puseram para ficar na sala de acolhimento e lá eu ia ter que ficar conversando com os pacientes. Até fiquei contente né? Porque eu gosto de lidar com gente, com o ser humano. Porque eu já trabalhei muito em pronto socorro e era o que eu mais gostava, atender ali, dar uma força para a família. Tranqüilizar essa família porque como a gente também já passou por isso, já passou pelo centro cirúrgico, a gente sente o problema do outro, a angústia, a ansiedade da espera do paciente<sup>22</sup>. Aí

eu vim e fiquei um mês e pedi um treinamento, informações sobre conversar melhor, orientar melhor esses pacientes e familiares no acolhimento do centro cirúrgico. Mas não deu tempo, pois eu saí de férias e quando eu voltei, eu não estava mais nesse serviço, estava um jovem acolhedor, e não me passaram nada! Aí eu fiquei solta ali; lá em um canto<sup>23</sup>, não podia montar material, um olhava de cara feia, eu não podia empurrar e montar o carrinho da autoclave, ia enxugar os materiais os movimentos já começavam a doer e eu tinha que parar, aí o colega falava: “Porque que não fica em casa?”<sup>24</sup> Aí eu fiquei tipo, jogada, sabe? Minha chefia não me deu apoio, infelizmente, não me deu. Podia chegar e falar vai fazer isso ou vamos fazer aquilo, mas não “eu fiquei jogada pras traças”!<sup>25</sup> Aí, um dia, a colega da recepção do centro cirúrgico, me chamou e disse pra eu sentar perto dela. Eu devo muito a ela. Ela foi muito minha amiga (emocionou-se). Ela disse, “senta aqui perto de mim! Perto de mim ninguém vai judiar de você!”<sup>26</sup> eu estava querendo pedir exoneração, porque eu não agüentava mais! Porque eu não estou produzindo porque eu quero, eu não estou produzindo porque eu não consigo! (Muito emocionada!). Eu tenho dor, eu queria estar trabalhando, porque graças a Deus, eu nunca dei chance para a chefia chegar a mim e me chamar à atenção: “Porque você não fez isso, porque você deixou de fazer aquilo?” Eu nunca dei esse direito porque eu sempre gostei de trabalhar sério, sempre gostei de fazer direito pra ninguém chamar minha atenção. Se eu fizer errado, vamos mudar, vou melhorar, eu agradeço muito, muito, muito<sup>27</sup>. Mas, graças a Deus, eu sempre me dei muito bem com minhas chefias. Aí minha colega me chamou e falou para eu ajudá-la, atendendo um telefone e eu fui ficando, mas não que a minha chefia falou: “Fica, ajuda, faça!”<sup>28</sup>

Quando eu ainda estava de licença, minha chefia me falou que, quando eu estivesse voltando, o que eu fizesse eu estaria colaborando! O pouco que você fizer você estará colaborando, você está respaldada. Só que a palavra é uma coisa, falar é fácil, mas a prática é outra. A teoria é uma coisa, a prática é totalmente diferente! Totalmente diferente!<sup>29</sup> Então, eu fiquei com a minha colega, fui aprendendo a fazer os registros, os remédios deixam o cérebro muito lento, muito esquecido, e às vezes eu entro em pânico! A caneta está na minha frente e eu não consigo enxergar! Então o doutor falou que eu estava trabalhando muito “dopada” e eu falei que eu tinha que trabalhar que não posso ficar de licença, eu tenho minha família pra sustentar, entendeu? Então eu venho trabalhar assim, tomo os remédios todos pela manhã (citados acima), e fico assim mesmo. Alguns o organismo já está se acostumando, porque no começo era mais difícil, eu chegava a bater a cabeça na parede! Eu cambaleava porque o organismo não estava adaptado. Hoje eu venho para o trabalho, e cochilo no carro, pois não posso vir a pé senão chego com dor aqui. Então eu levanto, venho trabalhar 6 horas aqui e, tem dias que eu saio daqui e “não sou mais ninguém”, chego em casa, tomo um banho, tomo o remédio para dor e deito<sup>30</sup>. Aí a hora que eu melhorar, se eu tiver serviço na minha casa eu faço, se eu não fizer ninguém vai me cobrar. O meu filho faz, minha filha faz ou quando eu posso, eu pago alguém pra fazer. Então é difícil! Só quem passa é que sabe o quanto é difícil! Você entendeu? É muito difícil!<sup>31</sup>

3) Eu acho que deveria ter atenção. A chefia se inteirar do problema de seus subordinados e estar acompanhando o estado da pessoa, pois nós tivemos um

exemplo de uma colega que teve problema de depressão por um problema familiar e ela voltou a trabalhar e ela quis voltar a trabalhar. Quando ela chegou aqui, a chefe não olhou nem na cara dela! Ela chorou! E eu disse pra ela não ficar assim, porque eu também passei por isso. Eu quis dar força pra ela, porque quando eu vi aquele caso, eu também passei por isso<sup>32</sup>. Mas meu medico fala pra mim e eu estou aprendendo cada dia mais, ele diz: “Se alguém te der um presente bom, você vai pegar, se alguém quiser te dar uma coisa ruim, você não vai pegar e vai ficar com ele!” Então eu ainda estou aprendendo isso, estou “trabalhando” isso comigo, a pegar só as coisas boas! É difícil! É muito difícil! Porque a gente é humana, a gente tem sentimento! Mas, eu venho trabalhar e vou pegar licença de novo. Eu passei por isso, e venho passando. Estou ali na recepção e já tentaram me tirar dali várias vezes, perguntaram se queria ir pra o ambulatório, mas me contaram muitas coisas, que poderiam me prejudicar. Foi uma enfermeira que disse que minha cabeça não vai agüentar, pois é muita pressão pra minha cabeça! Já pensou se eu marco algum agendamento errado? Se eu agendo uma cirurgia errada? Tem que ter muita concentração! Porque eu não vou estar me prejudicando, mas prejudicando o paciente! Eu até gostaria de trabalhar no ambulatório, porque eu gosto de “mexer” com o paciente, com o ser humano, tratar bem. Mas eu tenho medo de fazer alguma coisa errada e ninguém vai ver o porquê que eu fiz ninguém vai me dar respaldo! Eu estando aqui, não!<sup>33</sup> (A impressão é que se sente mais protegida por ter a colega que a ajuda).

Essa última vez que eu estive na perícia em São Paulo, levou meu rol de atividades, o Dr. Z (diretor do hospital), assinou minhas atividades, para eu atender telefone, fazer o mapa cirúrgico, com calma, tranqüila, sem apavorar, com tempo pra fazer com qualidade. Então eu fico com o máximo de concentração, quietinha. Atendo a campainha. O que eu posso estar fazendo, eu faço.

Então minha sugestão é a chefia dar manutenção para os funcionários readaptados, ou que não são, mas que tem um problema, porque tem funcionário que está trabalhando porque precisa mesmo, então poderia arranjar outro local para trabalhar, porque tem tanta gente em condições de vir trabalhar aqui, enquanto ficam pessoas impossibilitadas, que poderiam ir pra um lugar mais tranqüilo. Eu acho que tem como remanejar. Porque assim evita do funcionário estar tirando licença e estar trabalhando, pois ele pode ser útil em outro lugar<sup>34</sup>. Porque tem pessoas que tiram licença pra passear e vem me perguntar como é que eu faço pra tirar licença e eu falo: “Opa! Eu tiro licença porque eu estou doente e não pra passear!” Isso é uma coisa que eu jamais faria porque eu sofro em estar afastada<sup>35</sup>. Porque eu fiquei dois anos afastados e só voltei porque eu ia ficar no acolhimento, porque senão o doutor não ia me dar alta.

Eu me sinto ainda, a readaptação pra mim foi bom porque eu pude voltar a trabalhar, se não fosse a readaptação eu estaria de licença, porque naquilo que eu fazia, eu não poderia estar fazendo. A readaptação foi boa porque, hoje eu estou aqui dentro do hospital e estou produzindo, da maneira que eu posso, conscientemente eu sei que eu estou produzindo, eu estou ajudando em alguma coisa. Então a readaptação pra mim foi boa<sup>36</sup>. Só que eu ainda sinto que não estão satisfeitos no lugar que eu estou, porque de vez em quando me perguntam se eu não quero ir pra outro lugar. Então eu sinto que não estão

satisfeitos com o que estou produzindo aqui. Eu me sinto assim e isso é ruim! Dá pra você perceber, você achar que não está sendo útil<sup>37</sup>. Apesar de que quando a colega da recepção da outra vez que ela saiu de férias, colocaram outra pessoa no lugar dela; dessa vez, a chefia falou para eu ficar na substituição.

Só que tem muitas coisas que ela faz que eu vou ter limites, como digitar, porque o movimento pode dar dor. Mas a chefia falou que não tinha problema, era pra eu fazer o que eu me sentia bem e que as dúvidas que eu tenha, eu poderia estar perguntando. Então dessa vez, elas colaboraram muito comigo. Foi um ponto muito positivo. E elas me elogiaram. Portanto tem os pontos negativos e tem os pontos positivos que a gente tem dizer também<sup>38</sup>.

Entrou uma enfermeira, a chefe aqui, que me elogiou e disse que eu me saí muito bem! Aí, quando a colega voltou, eu deixei tudo prontinho, bonitinho e ela foi digitar (relatórios de cirurgias). Deu tudo certinho, não teve erros e ela me elogiou muito (a colega que voltou de férias). Aí eu fiquei feliz! Eu fiquei muito feliz! Falei: “Graças a Deus!” Pelo menos agora eu fiz alguma coisa de bom! Elevou meu ego! Eu me senti útil! Isso é muito bom no local de seu trabalho, ter gente que te de valor! Então, eu fiquei muito contente de ter ficado ali, nessas férias, porque me reconheceram. Eu fiquei feliz mesmo!<sup>39</sup>

4) Gostaria que eles (as chefias), vissem mais os colegas, não só a mim, mas os colegas. Que remanejassem para locais em que as pessoas possam trabalhar, com menos dor<sup>40</sup>, porque trabalhar com dor não é fácil. É terrível! Porque eu não desconto minha dor em ninguém, procuro sorrir, mas só eu sei como eu estou! Porque ninguém é culpado e eu não vou tratar um cliente mal, com cara feia, porque eu estou com dor<sup>41</sup>. Então para trabalhar bem, você tem que estar bem. Você tem que estar bem, para trabalhar bem! Quanto mais você se esforça para trabalhar bem sem estar bem, é difícil!<sup>42</sup> Então a chefia deve arranjar um lugar pra gente, assim, porque no meu caso, “vira e mexe” eu ouço falar assim: “Você não quer ir pra tal lugar? Você não quer ir pra farmácia? “ Gente, na farmácia agente tem que mexer com caixas pesadas, como é que vai por um readaptado com os problemas que eu tenho, para trabalhar lá? Como que um chefe vai te mandar fazer um serviço desses? O que a gente entende, o que a gente pode tirar disso? Que a chefe não está vendo o problema! “Não caiu a ficha!” Então, tem que ver a atividade do local que vai encaminhar o trabalhador e conhecer o problema de saúde dele<sup>43</sup>. Porque dependendo do local, a gente não vai poder fazer muito coisa e dá a impressão, pra quem está de fora, que é descaso da gente não empurrar a maca do paciente. Então a gente quer dar um bom atendimento, um acolhimento e acaba fazendo o que não pode fazer, porque eu não consigo deixar o paciente na maca ali fora. Eu vou colocar ele para dentro<sup>44</sup>. Então tem que ter alguém de dentro observando essas coisas e vindo orientar e ajudar. Então, tem dia que eu saio daqui e vou arrastando pra casa. Seria bom que tivesse um trabalho de orientação, alongamento e aquecimento igual teve com estagiários de fisioterapia, um tempo aqui. Eu acho muito importante esse trabalho. Apesar de que não houve muito interesse dos funcionários, talvez pelo horário de “pico” em que era realizado (horário da manhã, entrega de material e de cirurgias). Então não era porque a gente não queria, mas porque não dava pra parar o que estava fazendo<sup>45</sup>. Mas, eu acho que a atenção da chefia com os readaptados e não só com os readaptados, mas com toda a

equipe, pois são todos seres humanos. Todos têm os seus problemas e então eu acho que deveria dar mais atenção, sim!<sup>46</sup>

Porque não é fácil e eu peço a ajuda de Deus todos os dias, pois o dia que eu assino meu ultimo dia de trabalho no mês, eu digo: “Obrigada Senhor por mais um mês que eu consegui trabalhar!” (Emociona-se).<sup>47</sup>

## **Depoimento 9** **Codinome – Manjeriço**

- 1) Comecei com uma dor nos dedos, nas articulações, procurei um médico reumatologista. Faço acompanhamento, tomo as medicações. Eu tenho artrose, é um reumatismo, né? Eu creio que é hereditário, porque minha mãe tem meus irmãos, a maioria já está começando, então eu não sei se é um problema hereditário, né? Eu não me lembro bem quando comecei a tratar com o reumatologista, mas eu acho que quando eu entrei para trabalhar aqui eu já tinha um pouquinho. Já era um pouco dolorido e por isso eu tive que procurar atendimento porque era progressivo. Durante as atividades de auxiliar de enfermagem, doía porque eu fazia muito esforço. Ao usar a luva doía, porque ela apertava. Eu tinha dificuldade para aspirar medicamentos, dificuldade para aspirar água destilada para diluir medicações. Eu usava o dedo indicador, depois já não estava dando mais aí comecei a aspirar com o dedo médio e, com o passar do tempo também estava doendo muito. Aí eu fui atrás da medica do trabalho e aí ela começou a me acompanhar<sup>1</sup>. Meu problema é antigo e quanto mais eu forço mais dói. Se eu não forçar muito como, por exemplo, em casa, fazer uma limpeza não estou podendo, lavar roupas, torcer roupa eu não posso. E no inverno dói demais. No calor, nem tanto. Já atingiu os joelhos. Nos dedos do pé já está começando. Então na enfermagem foi ficando cada vez mais difícil manipular o paciente, erguer do leito, virar para limpar, então cada vez foi agravando mais<sup>2</sup>.
- 2) Evitar serviço que tenha muito esforço, tarefas com as mãos, movimentos de apertar, usar luvas apertadas, aspirar, não tem jeito de usar luvas, só se for folgada. Então hoje, eu uso luvas folgadas somente para fazer trabalhos domésticos e para proteger a friagem de água fria. Outra sugestão é ter um acompanhamento<sup>3</sup>. Eu faço consultas de rotina com a especialista, faço exames. Eu uso medicação que é a cloroquina, inclusive a médica, aí começou a me dar um problema ocular, começou a “ferroar” meu olho, acho que é da medicação, e fui ao oftalmologista que pediu a campimetria. Aí eu fui agendada em Marília e fui essa semana. Já fui pra lá com diagnóstico de glaucoma e minha mãe já tem também.
- 3) Bom, no começo também fiz fisioterapia nos dedos da mão, mas depois de ficar torto (ri), não tem mais jeito. Eu tive bursite esses dias atrás e nossa, ainda dói aqui (mostra os dedos e o braço). Fiquei aqui travada. É a terceira vez que tenho bursite. Aí a fisioterapeuta também fez aquele banho de parafina, não sei se é assim que fala, eu fiz uma três vezes, mas depois que o braço já estava travado, aí não adianta mais fisioterapia<sup>4</sup>. Inclusive, a

reumatologista falou pra mim que é bom de vez em quando fazer. O diagnóstico do meu problema foi rápido, pois na primeira vez já foi colhido sangue e já deu a artrose e eu já comecei o tratamento. Eu não me lembro bem o ano que eu comecei, faz bastante tempo, inclusive para a readaptação eu “xeroquei” tudo, todos os atendimentos com a reumatologista. A médica do trabalho também se comunicou com o reumatologista. Também foi conversado com a diretoria de enfermagem e tudo foi bem encaminhado<sup>5</sup>. No começo da readaptação é meio estranho, porque a gente se sente assim meio desvalorizado, é como se fosse rebaixado do cargo, né? A gente sente, né?<sup>6</sup> Porque depois eu fiquei assim como diarista, né? Enquanto não saia a publicação no diário oficial, eu fiquei para levar paciente para os exames, fiquei no expurgo, tinha que usar luvas, estava muito “puxado” pra mim. Eu fiquei pior, né? Porque transportar o paciente, colocar e retirar da maca, levar até a hemodiálise (realizada em um prédio fora do hospital), colocar e tirar da ambulância, né? Descer na hemodiálise, colocar na cadeira-de-rodas, empurrar lá dentro, empurrar a maca, estava “puxado” também<sup>7</sup>, né? Aí depois que saiu a readaptação, eu não podia ficar fazendo, porque se eu sofresse um acidente de trabalho podia complicar né? Então me chamaram para vir pra cá (escrituraria da clínica psiquiátrica). A primeira vez eu falei que não queria não. Daí, na segunda vez falaram que estava precisando muito, aí eu vim<sup>8</sup>, né? Quando tinha um mês que estava aqui eu preni o dedo no portão (a psiquiatria tem uma grade que impede a entrada e saída espontânea de pacientes, para segurança dos próprios e da instituição e, conseqüentemente, dos trabalhadores). Abriu meu dedo assim-e mostra o local- cortou com necessidade de “dar pontos”. Mostrou a cicatriz. Tirei licença! O acidente aconteceu porque um paciente queria fugir e eu estava chegando do almoço e ele (o paciente), veio com tudo e eu fiquei com medo<sup>9</sup>. Eu já tinha tirado a chave da fechadura e fui tentar colocar de novo para trancar, aí o paciente se jogou na parede e no portão e foi tudo muito rápido, quando eu vi, o portão voltou e pegou meu dedo e abriu. Aí deu ponto, foi à noite. Aí eu fiquei lá (no PS), esperando o cirurgião plástico para desbridar, aí eu tive que sair de licença, depois eu peguei férias, né? Porque já estava tudo assinado, assim não dava “mão-de-obra”! O acidente foi final de setembro e eu só voltei final de novembro.

Agora aqui o problema é a mente né? Tem dia que a gente estressa um pouquinho. É muita gente falando ao mesmo tempo, pedem para ligar não sei pra onde, toca a campainha, atende o portão, é toda hora! A gente não consegue trabalhar direito! Fisicamente está bom ficar aqui, mas agora é a mente, né? Agora não tem problema das dores mas agora é a mente, né? (Ri).<sup>10</sup>

- 4) Pensou bastante e disse: Eu estou gostando daqui porque não força meus dedos, não dá trabalho de arquivar, está bom, né? Tem dia que têm muitos pacientes, você vai se estressar! A equipe me aceitou bem, pelo menos parece que estão contentes. Os colegas me aceitaram bem porque já sabiam do meu problema<sup>11</sup>. Quando eu estava na clínica médica, eu ajudava bastante, ficava pra lá e pra cá, levando paciente e exames. Eu me sentia útil! Eu gostava de fazer plantão de 12 horas e agora eu tenho que fazer 6 horas e minha vida virou de ponta cabeça! Porque era muito bom ficar em

casa dois dias, porque eu ia fazendo tudo devagarzinho, né? (Fazia plantão 12/60 horas). Tem gente que gosta de 6 horas, eu não gosto! Todo dia aqui, eu chego a minha casa e não agüento fazer mais nada!<sup>12</sup> Eu tenho varizes também e tenho dor nas pernas. Tem dia que eu ando muito também, agendando exames.

## Anexo VIII

### Dimensionamento de recursos humanos para enfermagem

Art. 4º - Para efeito de cálculo, devem ser consideradas como horas de Enfermagem, por leito, nas 24 horas:

- 3,8 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência mínima ou auto-cuidado;
- 5,6 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência intermediária;
- 9,4 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência semi-intensiva;
- 17,9 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência intensiva.

#### ***Fórmulas:***

##### Tipo de Cuidado

$$FTE = \frac{NC \times HA \times DS}{CHS}$$

NC = Número de Clientes

HÁ = Tempo Médio Despendido pelos elementos de Enfermagem

DS = Dias de trabalho na unidade durante a semana (7dias)

CHS = N° de horas destinada pela instituição.

PE = N° médio de funcionários de enfermagem necessário para unidade da instituição.

FTE<sub>1</sub> = Soma de todas as forças média de trabalho.

##### Ausência

$$A\% = \frac{N \times 100}{F \times D}$$

A% = Ausência

N = N° mensal de ausência dos funcionários

F = N° total de funcionários da categoria

D = Dias trabalhados no mês

##### Número Médio Funcionário:

$$PE = (FTE_1 + FTE_2) \times 1 + \frac{A\%}{100}$$

### CLINICA OBSTÉTRICA

- ✓ Tipo de cuidado prestado: **Assistência Intermediária = 5,6 horas/enf.**
- ✓ Capacidade operacional da Unidade: **14 leitos**
- ✓ N°. de Auxiliares de Enfermagem necessários: **21**
- ✓ N°. de Auxiliares de Enfermagem existente: **16**

- ✓ N°. de Auxiliares de Enfermagem com taxa ocupação de 100%: **5**
- ✓ N°. de Auxiliares de Enfermagem com taxa ocupação de 70%: **3**
- ✓ **N°. de Auxiliares de Enfermagem necessários: 3**

$$FTE = \frac{NC \times HA \times DS}{CHS} = \frac{14 \times 5,6 \times 7}{30} = \frac{548,8}{30} = 18,29$$

$$A\% = \frac{N \times 100}{F \times D} = \frac{85 \times 100}{16 \times 30} = \frac{8500}{480} = 17,7$$

$$PE = 18 \times \left(1 + \frac{17,7}{100}\right) = 18 \times 1,17 = 21,06$$

### UTI NEONATAL

- ✓ Tipo de cuidado prestado: **Assistência Intensiva = 17,9 horas/enf.**
- ✓ Capacidade operacional da Unidade: **6 leitos**
- ✓ N°. de Auxiliares de Enfermagem necessários: **28,5**
- ✓ N°. de Auxiliares de Enfermagem existente: **23**
- ✓ N°. de Auxiliares de Enfermagem com taxa ocupação de 100%: **5**
- ✓ N°. de Auxiliares de Enfermagem com taxa ocupação de 78%: **4**
- ✓ **N°. de Auxiliares de Enfermagem necessários: 4**

$$FTE = \frac{NC \times HA \times DS}{CHS} = \frac{6 \times 17,9 \times 7}{30} = \frac{751,8}{30} = 25,06$$

$$A\% = \frac{N \times 100}{F \times D} = \frac{100 \times 100}{23 \times 30} = \frac{10000}{690} = 14,5$$

$$PE = 25 \times \left(1 + \frac{14,5}{100}\right) = 25 \times 1,14 = 28,5$$

### \* CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS \*

- ✓ Tipo de cuidado prestado: **Assistência Intermediária = 5,6 horas/enf.**
- ✓ Capacidade operacional da Unidade: **4 leitos**
- ✓ N°. de Auxiliares de Enfermagem necessários: **6,18**
- ✓ N°. de Auxiliares de Enfermagem existente: **6**
- ✓ N°. de Auxiliares de Enfermagem com taxa ocupação de 100%: **6,18**
- ✓ N°. de Auxiliares de Enfermagem com taxa ocupação de 73%: **4,51**
- ✓ **N°. de Auxiliares de Enfermagem necessários: 0**

$$FTE = \frac{NC \times HÁ \times DS}{CHS} = \frac{4 \times 5,6 \times 7}{30} = \frac{156,8}{30} = 5,2$$

$$A\% = \frac{N \times 100}{F \times D} = \frac{35 \times 100}{6 \times 30} = \frac{3500}{180} = 19,4$$

$$PE = 5,2 \times \left(1 + \frac{19,4}{100}\right) = 5,2 \times 1,19 = 6,18$$

### CLÍNICA PROGRAMA "MÃE-CANGURU"

- ✓ Tipo de cuidado prestado: **Assistência Intermediária = 5,6 horas/enf.**
- ✓ Capacidade operacional da Unidade: **6 leitos**
- ✓ N°. de Auxiliares de Enfermagem necessários: **7,84**

- ✓ N°. de Auxiliares de Enfermagem existente: **0**
- ✓ N°. de Auxiliares de Enfermagem com taxa ocupação de 100%: **8**
- ✓ N°. de Auxiliares de Enfermagem com taxa ocupação de 51%: **4**
- ✓ **N°. de Auxiliares de Enfermagem necessários: 4**

$$FTE = \frac{NC \times HA \times DS}{CHS} = \frac{6 \times 5,6 \times 7}{30} = \frac{235,2}{30} = 7,84$$

$$A\% = \frac{N \times 100}{F \times D} = \frac{0 \times 100}{0 \times 30} = \frac{0}{0} = 0$$

$$PE = 7,84 \times \left(1 + \frac{0}{100}\right) = 7,84 \times 1 = 7,84$$

#### UTI ADULTO

- ✓ Tipo de cuidado prestado: **Assistência Intensiva = 17,9 horas/enf.**
- ✓ Capacidade operacional da Unidade: **8 leitos**
- ✓ N°. de Auxiliares de Enfermagem necessários: **46,35**
- ✓ N°. de Auxiliares de Enfermagem existente: **29**
- ✓ N°. de Auxiliares de Enfermagem com taxa ocupação de 100%: **17,68**
- ✓ N°. de Auxiliares de Enfermagem com taxa ocupação de 104%: **18,38**
- ✓ **N°. de Auxiliares de Enfermagem necessários: 18**

$$FTE = \frac{NC \times HA \times DS}{CHS} = \frac{10 \times 17,9 \times 7}{30} = \frac{1253}{30} = 41,76$$

$$A\% = \frac{N \times 100}{F \times D} = \frac{100 \times 100}{29 \times 30} = \frac{10000}{870} = 11,49$$

$$PE = 41,76 \times \left(1 + \frac{11,49}{100}\right) = 41,76 \times 1,11 = 46,35$$

#### CLINICA PSIQUIÁTRICA

- ✓ Tipo de cuidado prestado: **Assistência Mínima ou Auto-Cuidado = 3,8**
- ✓ Tipo de cuidado prestado: **Assistência Intermediária = 5,6**
- ✓ Capacidade operacional da Unidade: **16**
- ✓ N°. de Auxiliares de Enfermagem necessários: **17**
- ✓ N°. de Auxiliares de Enfermagem existente: **12**
- ✓ N°. de Auxiliares de Enfermagem com taxa ocupação de 100%: **5**
- ✓ N°. de Auxiliares de Enfermagem com taxa ocupação de 90%: **4,5**
- ✓ **N°. de Auxiliares de Enfermagem necessários: 4**

$$FTE_1 = \frac{NC \times HA \times DS}{CHS} = \frac{13 \times 3,8 \times 7}{30} = \frac{345,8}{30} = 11,52$$

$$FTE_2 = \frac{NC \times HA \times DS}{CHS} = \frac{3 \times 5,6 \times 7}{30} = \frac{117,6}{30} = 3,92$$

$$A\% = \frac{N \times 100}{F \times D} = \frac{56 \times 100}{12 \times 30} = 15,5$$

$$PE = (FTE_1 + FTE_2) \times \left(1 + \frac{A\%}{100}\right) = (11,52 + 3,92) \times \left(1 + \frac{15,5}{100}\right) = 15,44 \times 1,15 = 17$$

#### CLINICA DE ESPECIALIDADE CIRÚRGICA (NEUROCIRURGIA, ORTOPEDIA, CIRURGIAS DE CABEÇA E PESCOÇO ENTRE OUTRAS)

- ✓ Tipo de cuidado prestado: **Assistência Intermediária = 5,6 horas/enf.**
- ✓ Capacidade operacional da Unidade: **15 leitos**
- ✓ Nº. de Auxiliares de Enfermagem necessários: **23,12**
- ✓ Nº. de Auxiliares de Enfermagem existente: **15**
- ✓ Nº. de Auxiliares de Enfermagem com taxa ocupação de 100%: **8**
- ✓ Nº. de Auxiliares de Enfermagem com taxa ocupação de 50%: **4**
- ✓ **Nº. de Auxiliares de Enfermagem necessários: 4**

$$FTE = \frac{NC \times HA \times DS}{CHS} = \frac{15 \times 5,6 \times 7}{30} = \frac{588}{30} = 19,6$$

$$A\% = \frac{N \times 100}{F \times D} = \frac{85 \times 100}{15 \times 30} = \frac{8500}{450} = 18,8$$

$$PE = FTE_1 \times \left(1 + \frac{A\%}{100}\right) = 19,6 \times \left(1 + \frac{18,8}{100}\right) = 19,6 \times 1,18 = 23,12$$

### CLINICA MÉDICA

- ✓ Tipo de cuidado prestado: **Assistência Intermediária = 5,6 horas/enf.**
- ✓ Tipo de cuidado prestado: **Assistência Semi Intensiva = 9,4 horas/enf**
- ✓ Capacidade operacional da Unidade: **30 leitos**
- ✓ Nº. de Auxiliares de Enfermagem necessários: **65,5**
- ✓ Nº. de Auxiliares de Enfermagem existente: **24**
- ✓ Nº. de Auxiliares de Enfermagem com taxa ocupação de 100%: **41**
- ✓ Nº. de Auxiliares de Enfermagem com taxa ocupação de 70%: **28,7**
- ✓ **Nº. de Auxiliares de Enfermagem necessários: 28**

$$FTE_1 = \frac{NC \times HA \times DS}{CHS} = \frac{20 \times 9,4 \times 7}{30} = \frac{1316}{30} = 43,8$$

$$FTE_2 = \frac{NC \times HA \times DS}{CHS} = \frac{10 \times 5,6 \times 7}{30} = \frac{392}{30} = 13,06$$

$$A\% = \frac{N \times 100}{F \times D} = \frac{110 \times 100}{24 \times 30} = \frac{11000}{720} = 15,2$$

$$PE = (FTE_1 + FTE_2) \times \left(1 + \frac{A\%}{100}\right) = (43,8 + 13,06) \times \left(1 + \frac{15,2}{100}\right) = 56,86 \times 1,15 = 65,5$$

### CLÍNICA CIRURGIA GERAL

- ✓ Tipo de cuidado prestado: **Assistência Intermediária = 5,6 horas/enf.**
- ✓ Capacidade operacional da Unidade: **32**
- ✓ Nº. de Auxiliares de Enfermagem necessários: **52,26**
- ✓ Nº. de Auxiliares de Enfermagem existente: **17**
- ✓ Nº. de Auxiliares de Enfermagem com taxa ocupação de 100%: **35**
- ✓ Nº. de Auxiliares de Enfermagem com taxa ocupação de 50%: **17,5**
- ✓ **Nº. de Auxiliares de Enfermagem necessários: 17**

$$FTE = \frac{NC \times HA \times DS}{CHS} = \frac{32 \times 5,6 \times 7}{30} = \frac{1254,4}{30} = 41,81$$

$$A\% = \frac{N \times 100}{F \times D} = \frac{130 \times 100}{17 \times 30} = \frac{13000}{510} = 25,49$$

$$PE = 41,81 \times \left(1 + \frac{25,49}{100}\right) = 41,81 \times 1,25 = 52,26$$

## Considerações Finais

### **Auxiliares de Enfermagem que foram remanejados para outras áreas do hospital como:**

CCI ( Centro de Convivência Infantil) - 04

Setor de Recursos Humanos - 02

Escrituraria na DTSE - 01

Escrituraria na DTAC - 01

COMSAT (Comissão de Saúde do Trabalhador) - 01

Total de Auxiliares Readaptados Oficialmente - 10 (segue em anexo a lista)

Número de Auxiliares de Enfermagem com Licença Saúde Prolongada - 11

Média de Licença Saúde não Prolongada - 06

### **Serviços Implantado no Hospital sem contratação de Auxiliar de Enfermagem:**

Frente de Preparo - 7

Quimioterapia – 2

Clínica Médica- Clínica ampliada (projeto piloto em parceria com núcleo de Educação Permanente –EP)

### **Serviços que contam com o trabalho de profissionais auxiliares de enfermagem além das unidades de internação:**

Unidade de Coleta e Transfusão - 12

Ambulatório de Especialidades - 6

Métodos Gráficos e Endoscopias - 6

Ambulatório Gestante de Alto Risco - 2

Setor de Tomografia Computadorizada - 1

Serviço de Controle de Infecção Hospitalar – 2

### **Total de Auxiliares de Enfermagem não inseridos nas escalas de trabalho das clinicas de internação = 74**

Assim, o número total de auxiliares de enfermagem no hospital é de 250, os trabalhadores distribuídos em outros setores totalizam 74, o quantitativo distribuído entre as clinicas de internação são 173 e a necessidade calculada e solicitada pela Diretoria de Enfermagem da instituição é de 303 funcionários para a equipe de enfermagem,

especificamente, o auxiliar de enfermagem. Portanto há necessidade de complementação de 127 auxiliares de enfermagem.