**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

PRISCILLA EVELYN PENTEADO

**RETORNO AO TRABALHO DE TRABALHADORES DE
ENFERMAGEM ONCOLÓGICA APÓS AFASTAMENTO
POR TRANSTORNOS MENTAIS**

**SÃO PAULO
2014**

PRISCILLA EVELYN PENTEADO

**RETORNO AO TRABALHO DE TRABALHADORES DE
ENFERMAGEM ONCOLÓGICA APÓS AFASTAMENTO
POR TRANSTORNOS MENTAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Vanda Elisa Andres Felli.

Versão Corrigida. Original disponível na EEUSP.

**SÃO PAULO
2014**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Penteado, Priscilla Evelyn

Retorno ao trabalho de trabalhadores de enfermagem oncológica após afastamento por transtornos mentais. -- São Paulo, 2014.
140 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profa. Dra. Vanda Elisa Andres Felli
Área de concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem

1. Saúde ocupacional. 2. Oncologia. 3. Transtornos mentais.
4. Enfermagem. I. Título.

Nome: Priscilla Evelyn Penteado.

Título: Retorno ao trabalho de trabalhadores de enfermagem oncológica após afastamento por transtornos mentais.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem (PPGen) para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora:

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

*À minha “pequena grande família”: Dudú e Heitor, por
me darem forças para continuar...*

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, por ter me proporcionado a oportunidade de estudar sempre.

À minha tia Tô, por me dar apoio todas as vezes que precisei.

À minha amiga-irmã Talita, por compartilhar todos os momentos de “surto”.

À amiga-irmã Alice, por me compreender e estar ao meu lado, mesmo quando estive ausente.

À Elite, por aceitarem meu lado “psi” em um grupo de “nurses”.

À minha orientadora, profa. Dra. Vanda Elisa Andres Felli, pela oportunidade de fechar mais um ciclo em minha vida.

Encerrando Ciclos

“Sempre é preciso saber quando uma etapa chega ao final.

*Se insistirmos em permanecer nela mais do que o tempo
necessário, perdemos a alegria e o sentido das outras
etapas que precisamos viver.”*

Glória Hurtado

Penteado PE. Retorno ao trabalho de trabalhadores de enfermagem oncológica após afastamento por transtornos mentais. Dissertação. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2014.

RESUMO

Introdução: O trabalhador de enfermagem que passa por afastamento de trabalho por transtorno mental enfrenta preconceitos e dificuldades, desde seu adoecimento e afastamento até o momento que retorna ao trabalho. As dificuldades e limitações sentidas para realizar as atividades e se reinserir na equipe de trabalho, ainda, são pouco estudadas, evidenciando a necessidade de uma maior compreensão sobre a problemática. **Objetivo:** O presente estudo teve por objetivo analisar a percepção dos trabalhadores de enfermagem oncológica afastados por transtornos mentais, sobre o retorno ao trabalho e elaborar propostas de intervenção que facilitem este retorno. **Metodologia:** O estudo foi desenvolvido na linha compreensiva e na abordagem qualitativa. A população foi de 564 trabalhadores de enfermagem de um hospital especializado em oncologia no Estado de São Paulo. A amostra intencional foi constituída por oito trabalhadores de enfermagem, sendo seis mulheres e dois homens, incluindo as categorias profissionais de técnicos de enfermagem e enfermeiros, que atenderam ao critério de inclusão, ou seja, que retornaram de afastamento por transtorno mental há, no máximo, seis meses. Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética, a coleta dos dados foi realizada através de questionário de caracterização dos sujeitos e entrevista individual, no período de junho a outubro de 2013. Para tratamento dos dados qualitativos foi utilizada a técnica da Análise Temática. **Resultados:** As categorias que emergiram dos relatos dos trabalhadores evidenciaram as relações entre o trabalho e o

adoecimento psíquico: condições de trabalho, situações que os trabalhadores viviam na época do afastamento, situações enfrentadas ao retornar ao trabalho, estigma da doença mental e as propostas de intervenção. Com relação às condições de trabalho, observou-se que um dimensionamento inadequado e características inerentes ao trabalho em oncologia são percebidos pelos trabalhadores como fatores que levam ao desgaste pelo trabalho. Quanto às situações que os trabalhadores viviam na época do afastamento, os relatos mostram que mesmo havendo uma sobreposição de problemas pessoais aos de trabalho, o trabalho foi fator decisivo para o adoecimento. Sobre as situações enfrentadas ao retornar ao trabalho, evidenciou-se as dificuldades em voltar a atuar na assistência direta ao paciente e trabalhar em equipe. O estigma da doença mental se mostrou tanto antes quanto depois do afastamento, denotando dificuldades de compreensão dos sintomas e da cronicidade dos transtornos mentais. Os trabalhadores só tiveram acesso à assistência à saúde dentro da instituição, quando se tornou necessário entrar em afastamento de trabalho. As sugestões de propostas de intervenção de melhorias: na rotina de trabalho; no trabalho em equipe; no suporte à saúde do trabalhador. **Conclusões:** Os resultados apontam as seguintes necessidades: redimensionamento da equipe, levando em consideração as particularidades do trabalho de enfermagem em oncologia; minimizar o estigma da doença mental dentro da instituição, através do esclarecimento das equipes; elaborar propostas de atendimento à saúde do trabalhador portador de transtorno mental.

Palavras-chave: Enfermagem; Saúde do trabalhador; Oncologia; Retorno ao trabalho; Transtornos mentais.

Penteado PE. Return to work of oncology nursing workers after sick leave by mental disorders. Dissertation. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2014.

ABSTRACT

Introduction: The nursing workers who live the sick leave by mental disorders face prejudices and difficulties, since the illness until the moment who returns to work. The restrictions for work in consequence of illness and reinsertion of worker in the daily life of work and in the team after this sick leave are still little studied, evidencing the need to a greater understanding about the theme. **Objective:** This study aimed to analyze the perception of oncology nursing workers after sick leave by mental disorders, about the return to work and elaborate proposals of intervention to facilitate this return. **Methodology:** This is a comprehensive study with qualitative approach developed with the nursing staff of an oncology hospital in São Paulo state. The sample consisted of eight nursing workers, being six women and two men, which returned after sick leave by mental disorders, in a maximum of six months. After project approval by the ethics committee, data collection began with a socio demographic questionnaire and after, an individual interview. The data collection was performed from June to October of 2013. The quantitative data were analyzed using descriptive statistics and the qualitative data analysis was conducted by Thematic Analysis technique. **Results:** The categories that emerged from reports of workers showed the relations between work and the psychic illness. With respect to the working conditions, was observed that the nursing staffing is inappropriate and inherent characteristics to work in oncology are perceived by workers as factors of strain processes by the work. About the situations that workers lived at the time of the sick leave, the

reports showed that although there an overlay of personal problems and work problems, the work was the deciding factor for the illness. About the situations faced to returning to work, was evident that the difficulties for back to act on patient assistance and for back to work in a team. The stigma of mental disorders, both before and after of the sick leave, showed the difficulties of understanding the symptoms of mental disorders and the chronicity of these diseases. The workers only had access to occupational health in the institution, when it was necessary to request the sick leave. Intervention proposals suggestions for improvements: in the routine of work; teamwork; in supporting workers ' health. **Conclusion:** The results show the following needs: changes in the nursing staffing considering the particularities about the oncology nursing work; minimize the stigma of mental disorders in the institution, through the clarification of the teams; elaborate proposals for occupational health, for workers with mental disorders.

Keywords: Nursing; Occupational Health; Oncology; Return to Work; Mental Disorders.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Distribuição dos problemas de saúde, segundo a CID 10, dos trabalhadores que retornaram ao trabalho. São Paulo, 2013	56
Quadro 2 – Categorias, temas e unidades de significado que emergiram pela análise temática das narrativas. São Paulo, 2013	59

SUMÁRIO

MOTIVAÇÃO PARA O ESTUDO	19
1 INTRODUÇÃO.....	21
1.1 O trabalho em enfermagem e o adoecimento psíquico	21
1.2 O trabalho de enfermagem em oncologia e o adoecimento psíquico	28
2 OBJETIVOS	31
2.1 Objetivo Geral.....	31
2.2 Objetivos Específicos	31
3 REFERENCIAL TEÓRICO	33
3.1 O afastamento do trabalhador por transtornos mentais e o seu retorno ao trabalho	33
3.2 Propostas internacionais e nacionais para o retorno ao trabalho e as lacunas existentes	39
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	47
4.1 Tipo de Estudo.....	47
4.2 Cenário do Estudo	47
4.3 População e Amostra	48
4.4 Coleta de Dados	48
4.4.1 Instrumento de coleta de dados	48
4.4.2 Procedimentos de coleta de dados	49
4.4.3 Procedimento de análise de dados	51
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	53
5.1 Caracterização dos Trabalhadores.....	53
5.2 Percepção dos trabalhadores sobre a experiência de afastamento e retorno ao trabalho	59
5.2.1 Categoria condições de trabalho.....	69
5.2.2 Categoria afastamento do trabalho	74
5.2.3 Categoria retorno ao trabalho.....	80
5.2.4 Categoria estigma da doença mental.....	84

5.2.5 Categoria assistência à saúde do trabalhador	87
5.2.6 Categoria propostas de intervenção.....	89
6 CONCLUSÕES.....	95
REFERÊNCIAS	101
APÊNDICES	111
APÊNDICE 1	111
APÊNDICE 2	113
APÊNDICE 3	117
ANEXOS.....	137
ANEXO 1	137
ANEXO 2	141

MOTIVAÇÃO PARA O ESTUDO

O interesse pela temática do retorno ao trabalho, após afastamento por transtornos mentais, se constituiu no decorrer de toda a minha graduação em enfermagem, a partir da minha experiência como estagiária.

Minha primeira graduação foi em psicologia, mas, ao longo da minha formação como enfermeira, optei por manter esta informação em sigilo durante os estágios, a fim de me relacionar com a equipe de enfermagem apenas como aluna.

No entanto, meu olhar diante das situações que presenciava nos campos de estágio, não era imparcial. As relações que se estabeleciam entre pacientes, familiares e equipe de saúde diante das doenças, da dor e do sofrimento, não passavam despercebidos.

Estas relações que permeiam o ambiente hospitalar, me trouxeram muitas indagações, dentre as quais uma me levava ou levou a um questionamento sobre as vivências dos profissionais de enfermagem em seu cotidiano de trabalho. Percebia que apesar destes profissionais terem como objeto de seu trabalho o cuidado com o outro, sua própria saúde não recebia cuidados nem atenção adequados. Assim, através do contato com as equipes, pude compreender que haviam inúmeras dificuldades enfrentadas no cotidiano de trabalho da enfermagem, indo desde sobrecargas e desgastes físicos até emocionais.

Os relatos de problemas emocionais relacionados ao trabalho eram muito presentes e apareciam, tanto ligados a problemas físicos, quanto mentais, no entanto, sempre eram referidos como uma doença mais difícil de lidar. A dificuldade de conviver com os próprios problemas emocionais em um trabalho que lida, predominantemente, com o sofrimento humano, também se mostrava evidente. Observava os casos de profissionais com restrição para o trabalho devido a

doenças físicas eram abordados abertamente pelas equipes, já comentários relacionados aos que apresentavam transtorno mental eram evitados. Caso um membro da equipe necessitasse do auxílio de um colega devido a uma restrição física, isto era verbalizado perante toda a equipe. Já em situações semelhantes, mas se tratando de uma doença mental, havia apenas trocas de olhares entre os membros da equipe e, caso alguém não compreendesse, era chamado separadamente para ser informado quanto à condição de saúde do colega.

Muitos relatos mostravam que mesmo apresentando sintomas de crise devido ao transtorno mental, os profissionais continuavam trabalhando procurando ocultar a doença. A equipe, por sua vez, mostrava-se despreparada para lidar com colegas apresentando transtorno mental.

Uma característica comum nos profissionais, após terem desenvolvido transtorno mental, era a preferência por atividades que não envolvessem contato direto com os pacientes. Nesse contexto, pude presenciar uma situação na qual uma técnica de enfermagem voltou a prestar cuidados diretos aos pacientes, após um período afastada da assistência. Isto me permitiu questionar quanto às possibilidades de atuação de um profissional portador de transtorno mental, dentro da área da saúde.

Assim, o tema da presente pesquisa foi se construindo e consolidando através da minha experiência profissional, apontando a necessidade de compreender a realidade enfrentada por estes trabalhadores em seu cotidiano e de desenvolver propostas de intervenções que possibilitem a manutenção destes profissionais em seu trabalho.

1 INTRODUÇÃO

1.1 O TRABALHO EM ENFERMAGEM E O ADOECIMENTO PSÍQUICO

Ao longo da história da humanidade, pode-se observar diversas mudanças no processo de trabalho, desde a revolução industrial até a atual revolução tecnológica que vivemos. Estas mudanças por sua vez, tiveram como consequência o estabelecimento de novas relações sociais e de trabalho, afetando a vida dos trabalhadores tanto no âmbito laboral quanto em sua vida pessoal. Dessa forma, torna-se cada vez mais difícil pensar a saúde de um indivíduo sem levar em consideração as características de sua atividade profissional. No entanto, a relação trabalho-saúde, é cada vez mais comprometida em nossa sociedade, o que é evidenciado pelo adoecimento em decorrência do trabalho, principalmente em trabalhadores da área da saúde.

No contexto histórico atual, dentre os trabalhadores da saúde, o adoecimento dos trabalhadores de enfermagem tem, características específicas. Compreende-se que esse adoecimento é decorrente das relações de consumo e grandes inovações tecnológicas que, por sua vez, produzem mudanças nos modos de vida pessoal e profissional dos indivíduos. Estas características, somadas à competitividade existente no ambiente de trabalho e aos altos índices de produtividade a serem alcançados, são fatores que geram mudanças nas relações de trabalho e no processo de adoecimento ocupacional (Leite, Silva, Merighi, 2007).

Estudo mostra que na América Latina e Caribe, as condições de trabalho a que estão submetidos os trabalhadores de saúde, são marcadas por maior exposição a cargas de trabalho físicas, químicas, mecânicas, biológicas e psíquicas, somadas às solicitações que excedem a capacidade humana de trabalho. Ainda segundo o mesmo estudo, as cargas de trabalho expõem, mais significativamente, os

trabalhadores de saúde latino-americanos ao desenvolvimento de doenças ocupacionais, com consequente afastamento de trabalho, do que trabalhadores de saúde de outros países (Assunção e Belisário, 2007).

Outro estudo mostra que o perfil de morbidade dos trabalhadores de enfermagem possui estreita relação com seu cotidiano de trabalho, já que a assistência direta aos pacientes prestada por esses profissionais gera sobrecargas e subcargas de trabalho, o que os torna mais vulneráveis ao adoecimento, interferindo em suas condições de saúde (Felli e Tronchin, 2010).

Além dos fatores já citados, as longas jornadas de trabalho, a convivência com a morte, a falta de autonomia e a frequente disputa por poder presentes em trabalhos hierarquizados, estão cotidianamente presentes no trabalho de enfermagem (Martins, Robazzi, Bobroff, 2010).

A necessidade de trabalhar em equipe também está geralmente associada com o estresse apresentado pelos trabalhadores de enfermagem, sendo a constante escassez de pessoal e pouca colaboração entre os membros, os fatores que mais interferem nestas relações (Martins e Robazzi, 2009).

Outro estudo aponta que as relações sociais vividas pelos profissionais de enfermagem no ambiente de trabalho impõem importantes cargas de trabalho (Mininel, Baptista, Felli, 2011).

Dessa forma, os trabalhadores de enfermagem vivenciam condições de trabalho inadequadas que são responsáveis pelo desenvolvimento, tanto de agravos osteomusculares, como dos de ordem psíquica, tendo como consequência afastamentos por acidentes de trabalho e/ou licença saúde (Barboza, Soler, 2003).

O processo de trabalho da enfermagem expõe do trabalhador às cargas de trabalho, gerando desgastes psíquicos e físicos que resultam em aumento das ausências ao trabalho (Sancinetti et al., 2009).

Outros estudos mostram que a diversidade e a gravidade das doenças ocupacionais que afetam os trabalhadores de enfermagem são processos de desgaste decorrente da natureza das condições desse trabalho, caracterizando o trabalho da enfermagem como penoso e insalubre (Gutierrez, Ciampone, 2007; Shimizu, Ciampone, 2004).

Os desgastes referem-se a processos adaptativos no trabalho que são destrutivos da capacidade corporal do trabalhador, potencial ou efetiva (Laurell e Noriega, 1989). Esses processos de desgaste, decorrentes da exposição do trabalhador às cargas de seu trabalho, manifestam-se no corpo do trabalhador sob a forma de adoecimento físico ou mental, ou ainda por sinais de desordens emocionais como a falta de motivação para o trabalho (Mininel, Baptista, Felli, 2011).

Assim os processos de desgaste são desenvolvidos a partir de processos de adaptação destrutivos da capacidade corporal dos trabalhadores e se manifestam em sinais e sintomas e em doenças crônicas e degenerativas. (Laurell e Noriega, 1989; Felli e Tronchin, 2010).

Os processos de desgaste são gerados pela exposição dos trabalhadores às cargas de trabalho entendidas pela interação dinâmica do corpo do trabalhador como os elementos do processo de trabalho, ou seja, com o objeto, meios e instrumentos e formas de organização, (Laurell, Noriega, 1989). São as condições de trabalho que levam à exposição às cargas de trabalho, ocasionando características particulares de adoecimento dos trabalhadores, determinando um perfil de adoecimento desse grupo profissional (Felli e Tronchin, 2010).

Segundo Silva (1996), embasada em Laurell e Noriega, os trabalhadores de enfermagem estão expostos às seguintes cargas:

- Carga biológica: contato com pacientes portadores de doenças infectocontagiosas, ou com materiais contaminados, ou com pequenos animais.

- Carga física: relacionada à ciência física, como ruídos, umidade, alterações bruscas de temperatura, radiação ionizante, iluminação inadequada.

- Carga química: exposição a substâncias químicas, como medicamentos, desinfetantes, esterilizantes, poeira e fumaça, luvas de látex.

- Carga mecânica: decorre da ruptura da continuidade dos tecidos corpóreos na manipulação de materiais perfurocortantes, quedas e agressões físicas.

- Carga fisiológica: relaciona-se ao funcionamento do organismo, como a manipulação de peso em excesso, a adoção de posições inadequadas e incômodas, trabalho noturno e rodízio de turnos.

- Carga psíquica: está associada à constante atenção necessária na realização do cuidado dos pacientes somada às características do trabalho de enfermagem como supervisão estrita; trabalho parcelado, monótono e repetitivo; trabalho predominantemente feminino; realização de atividades que levam à fadiga, tensão e estresse.

Dentre as cargas descritas, destaca-se para o presente estudo a carga psíquica. Segundo Laurell e Noriega (1989), as cargas psíquicas, como de materialidade interna, assumem o mesmo caráter que as fisiológicas, pois se expressam através da corporeidade humana e são classificadas em dois grupos: as sobrecargas e as subcargas. As primeiras englobam situações que geram sobrecarga psíquica devido à tensão prolongada, como por exemplo: atenção constante, supervisão estrita, consciência da periculosidade do trabalho, ritmos de trabalho intenso, dentre outros. As subcargas psíquicas são características de atividades desprovidas de conteúdo,

inviabilizando a possibilidade de desenvolver a capacidade psíquica. Ocorre, por exemplo, quando há perda do controle sobre o próprio trabalho e/ou quando este é realizado por máquinas, fragmentado, quando há separação entre a concepção e execução das tarefas, com consequente monotonia, repetitividade e desqualificação do trabalho Laurell e Noriega (1989).

Na concepção psicossociológica de Dejours (1994) as cargas de trabalho são divididas em físicas e mentais. A carga mental seria representada por fenômenos neurofisiológicos e psicossociológicos. Refere o autor que os elementos psicossociológicos são aqueles de caráter afetivo e relacional decorrentes das situações de trabalho. Refere, ainda, que a carga psíquica pode ser positiva ou negativa. Na carga psíquica positiva, o trabalho deve permitir que haja uma via aberta de descarga da energia psíquica, a fim de diminuí-la, ou seja, como nos trabalhos que permitem liberdade em sua organização, proporcionando satisfação ao final de sua execução. A carga negativa o trabalho não permitiria essa descarga da energia psíquica, causando acúmulo e ocasionando efeitos negativos como a fadiga. Assim, a carga psíquica positiva seria fruto de um trabalho que gera equilíbrio e a carga negativa de um trabalho gera fadiga.

Nesse contexto, os trabalhadores de enfermagem estão expostos às cargas psíquicas, tanto às sobrecargas, como às subcargas. São, no entanto, as sobrecargas psíquicas geradas pelo ritmo de trabalho fatigante, que acometem esses trabalhadores, sugerindo a necessidade de uma organização do trabalho capaz de proporcionar um equilíbrio.

A carga psíquica, ainda, é potencializadora das outras cargas presentes no trabalho de enfermagem, como geradora de adoecimento. A exposição desses trabalhadores em situações de cuidado do ser humano em momentos de dor, sofrimento e morte é geradora de desgastes psíquicos, que têm sido evidenciados como

estresse, cansaço mental, ansiedade e irritabilidade entre outros indicadores (Felli, 2010).

O cuidado de pacientes críticos e com risco de morte está relacionado ao desgaste psíquico. Ao cuidar de pacientes com câncer, em unidades oncológicas, os trabalhadores de enfermagem convivem constantemente com a terminalidade, conduzindo a uma maior sobrecarga emocional. Assim, o trabalho de enfermagem na oncologia, gera frequentemente, problemas emocionais como ansiedade, depressão e estresse (Corner, 2002). O fato do trabalho em enfermagem ser marcado por situações de luto gera, no próprio trabalhador, sofrimento pela constante vivência de perdas, resultando em estresse e afetando sua saúde psíquica (Martins e Robazzi, 2009).

Diante dessa realidade, o que chama a atenção é a alta frequência com que as ausências motivadas por licenças médicas vêm ocorrendo, em diferentes unidades hospitalares (Becker e Oliveira, 2008; Fugulin, Gaidzinski, Kurkgant, 2003).

Estudo analisou os motivos de afastamento por licença médica no período de um ano, em hospitais públicos brasileiros, mostrando que 30,75% dos afastamentos são motivados por transtornos mentais e 19,2% são devido às doenças musculoesqueléticas (Felli et al, 2012). Outro estudo também evidenciou que os mesmos problemas de saúde são geradores de ausências dos trabalhadores de enfermagem no trabalho (Sancinetti et al., 2009). Essas ausências são contabilizadas como dias perdidos, sendo que Felli et al (2012) mostra que 8.081 dias foram perdidos por afastamento por doença, salientando que os dias perdidos motivados por transtornos mentais e comportamentais foram os mais frequentes (2.482), representando 6,8 anos de trabalho perdidos em um.

A exposição às cargas de trabalho tem gerado processos de desgaste que permitem evidenciar um perfil característico dos trabalhadores de enfermagem, em que os DORT e os transtornos

mentais e comportamentais alternam-se como os mais prevalentes, seguidos das doenças infecciosas e acidentes de trabalho (Felli, 2010).

O sofrimento psíquico leva a uma vivência, ainda mais intensa, da dor física o que acaba agravando o quadro de sofrimento mental, gerando um círculo vicioso, no qual o trabalhador tem perdas significativas em suas relações sociais, de trabalho e familiar. Observa-se que a presença de doenças osteomusculares em grande parte dos trabalhadores, está relacionada às queixas de ordem psíquica (Salerno, Silvestre e Sabino, 2011). Somado a esta dinâmica, temos a situação de insegurança, medo do desemprego e perda do *status* social que o trabalhador enfrenta em seu ambiente profissional quando se torna portador de uma doença crônica. Se nas décadas de 80 e 90 o maior desafio em saúde ocupacional era compreender, diagnosticar e tratar as LER/DORT, atualmente existe a necessidade de entender o sofrimento psíquico e mental relacionado ao trabalho (Wunsch, 2004).

Segundo Felli (2010), o Sistema de Monitoramento da Saúde do Trabalhador de Enfermagem (SIMOSTE) captou no período de um ano, 890 notificações relativas a problemas de saúde relacionados com o trabalho, sendo a carga psíquica a terceira mais notificada (CR=26,5 exposições/100 trabalhadores de enfermagem). No entanto, a análise dos cenários da pesquisa individualmente mostra diferenças, sendo que no Nordeste a exposição a essa carga alcançou quase a metade dos trabalhadores (CR=47,6 exposições/100 trabalhadores de enfermagem). Por outro lado, quando considerada a exposição às cargas e a geração de desgastes, verifica-se que as cargas psíquicas foram responsáveis pela maior frequência de problemas de saúde (CR=69,2/100 trabalhadores de enfermagem). Ainda, há que se considerar que as cargas psíquicas aparecem frequentemente associadas às demais, pois muitas vezes o trabalhador desempenha atividades que vão além de sua capacidade física, a fim de corresponder à pressão por resultados e produtividade (Felli, 2010).

Apesar das evidências de que tais problemas de saúde estão relacionados às formas de trabalhar, comprovar o nexo causal destas doenças é por vezes difícil, devido à subnotificação dos dados sobre licenças saúde, afastamentos e absenteísmo por faltas (Sancinetti et al., 2009).

Portanto, é necessário conhecer as condições de trabalho que implicam em sofrimento para o trabalhador, gerando transtornos psíquicos ou emocionais, que têm como consequência os afastamentos do trabalho.

1.2 O TRABALHO DE ENFERMAGEM EM ONCOLOGIA E O ADOECIMENTO PSÍQUICO

A literatura tem mostrado que, dentre os membros da equipe de saúde, os trabalhadores de enfermagem são aqueles que apresentam maior risco de adoecimento pelo trabalho. Embora os estudos com outros trabalhadores não sejam tão frequentes, é certo que os trabalhadores de enfermagem permanecem mais tempo no ambiente de trabalho e são esses trabalhadores que permanecem 24h prestando cuidados. Portanto, são eles que mais se expõem as condições inadequadas de trabalho.

No que se refere particularmente à oncologia, a atuação da enfermagem caracteriza-se pela exigência de cuidados mais complexos, uma vez que os tratamentos, além de prolongados, são marcados por desespero e medo dos pacientes perante à sua finitude, pelos efeitos colaterais dos medicamentos e pelas cirurgias mutilantes. Assim, evidencia-se a associação entre a presença de fatores estressantes no trabalho de enfermagem em oncologia e o sofrimento psíquico dos trabalhadores (Rodrigues e Chaves, 2008). Ainda, Rodrigues e Chaves (2008) consideram que lidar com os óbitos dos

pacientes é a situação que mais acarreta estresse aos trabalhadores de enfermagem oncológica.

O trabalho em enfermagem oncológica implica no contato diário com pacientes terminais e de alta complexidade. Por pacientes de alta complexidade entende-se aqueles que requerem cuidados mais especializados e em grande quantidade, o que resulta em uma maior dependência do paciente em relação à equipe de enfermagem (Brito e Guirardello, 2012).

Já os pacientes terminais são aqueles que se encontram em uma situação clínica que não apresenta possibilidade de cura, recebendo como tratamento os cuidados paliativos, que consistem em uma terapêutica especializada em melhorar a qualidade de vida e aliviar a dor e o sofrimento físico e mental daqueles que estão na fase final da vida (Almeida, Sales, Marcon, 2014; Sizoo et al., 2013).

Segundo Kovacs (2010), diante da eminência da morte, os trabalhadores de enfermagem, além da prestação de cuidados, se deparam diariamente com os sentimentos de ansiedade e desespero de pacientes e familiares, atuando como ouvintes destas demandas, o que sobrecarrega ainda mais estes trabalhadores. O mesmo estudo aponta que em decorrência desta realidade de trabalho, o adoecimento mental é frequente nesta classe de trabalhadores, sendo a Síndrome de Burnout o caso mais comum (Kovacs, 2010).

Estudo mostra que dentre os sintomas de burnout, a exaustão emocional é o mais prevalente dentre os trabalhadores de enfermagem oncológica, que em outros profissionais de saúde (Alacacioglu et al., 2009). Dentre as áreas de atuação da enfermagem, a oncologia aparece como a que mais expõe os trabalhadores a cargas psíquicas, acarretando índices mais altos de profissionais acometidos por burnout (Ksiazek et al., 2011). Esta prevalência se mostra ainda maior nos trabalhadores de enfermagem oncológica que atuam junto a pacientes que precisam de cuidados mais intensivos e que estejam

permanentemente nesta função, do que os profissionais que mantem pouco contato com pacientes (Caruso et al., 2012).

Assim, nos cuidados de enfermagem em oncologia, a assistência aos pacientes é prestada desde as suas necessidades básicas até procedimentos mais complexos, auxiliando-os a conquistar autonomia ao longo do tratamento. A fim de atender às necessidades do paciente, os cuidados de enfermagem abrangem não só o acompanhamento dos procedimentos realizados, mas também o apoio à família e um gerenciamento eficaz do fluxo de atendimentos prestados aos pacientes. Dessa forma, a enfermagem exerce os cuidados diretos dos pacientes e, também, o papel de facilitador das condições necessárias para o enfrentamento da doença, tanto junto aos pacientes quanto com seus familiares (Alcântara, 2008).

Pode-se ainda observar, que as cargas características do trabalho de enfermagem são compreendidas como principais responsáveis pelo desgaste emocional desses profissionais, manifestados por maior incidência de acidentes de trabalho e problemas de saúde (Schmoeller, 2011).

Devido às características particulares do trabalho de enfermagem em oncologia pesquisas que avaliem a relação entre esse trabalho e o adoecimento mental do trabalhador, vem sendo consideradas como prioridade (Santos et al., 2013), devido aos aspectos relacionados à organização do processo de cuidar, à assistência, ao manejo e controle de sintomas, à prevenção do câncer e aspectos psicossociais e éticos envolvidos nesse cuidado.

Assim, diante de tantas variáveis que permeiam a relação entre o trabalho em enfermagem oncológica e o adoecimento psíquico, da relevância dessa problemática e da escassez de pesquisas sobre o retorno de trabalhadores afastados por transtornos mentais, nos motivamos a realização deste estudo, com os objetivos a seguir.

2 OBJETIVOS

Analisar as percepções dos trabalhadores de enfermagem oncológica, afastados por transtornos mentais, sobre seu retorno ao trabalho.

Construir propostas de intervenção apoiadas nos relatos dos trabalhadores.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O AFASTAMENTO DO TRABALHADOR POR TRANSTORNOS MENTAIS E O SEU RETORNO AO TRABALHO

A classificação dos Transtornos Mentais e Comportamentais é feito com base nos critérios diagnósticos descritos na Classificação Internacional de Doenças - CID, sendo a versão utilizada atualmente a de número dez (CID - 10) e no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM, sendo a versão utilizada atualmente a de número quatro (DSM - IV).

Entende-se por Transtornos Mentais e Comportamentais, as condições em que há alterações mórbidas no modo de pensar ou do humor dos indivíduos, seja por alterações do comportamento ou do funcionamento psíquico. A ocorrência de um comportamento anormal por um curto período não significa a existência de um Transtorno Mental ou Comportamental, sendo necessário que a anormalidade seja persistente ou recorrente para se caracterizar como patológico, resultando em deterioração em uma ou mais esferas da vida. Os Transtornos Mentais e Comportamentais são, na maioria das vezes, doenças crônicas que geram necessidade de atenção contínua à saúde dos portadores (DSM-IV, 2002).

Em contrapartida à visão da Psiquiatria Clássica acerca de transtornos mentais, temos a Psiquiatria Social e a Psicodinâmica do Trabalho, diante das quais o indivíduo e sua patologia são compreendidos dentro de um contexto social.

Assim, se ao longo da história da psiquiatria, por um lado, as doenças mentais iam sendo investigadas e classificadas segundo critérios diagnósticos, com o foco principal do tratamento baseado em terapias farmacológicas e, até mesmo, a institucionalização; por outro

lado, surgiram os movimentos antimanicomiais, que propuseram a reforma deste modelo assistencial. Nesta nova perspectiva, o tratamento deixou de ser baseado em internações, passando para a compreensão do sofrimento mental, levando-se em consideração a história de vida dos indivíduos e primando por sua liberdade. Assim, a reforma psiquiátrica teve como objetivo, não só, a desospitalizar ou desinstitucionalizar, mas também visava um trabalho de reabilitação que proporcionasse convívio social e resgate da cidadania da pessoa em sofrimento psíquico. Para tanto, a psiquiatria passaria a assumir um papel de promoção da emancipação do indivíduo, através da superação de sua dependência ao tratamento institucional e fortalecendo-o para ser capaz de conviver em sociedade. Desta forma, no lugar da busca pela cura, pautado no modelo de remissão dos sintomas das psicopatologias, o tratamento psiquiátrico estaria voltado para a aceitação social e reabilitação dos portadores de sofrimento psíquico (Sarraceno, 1999).

Diante da importância de utilizar referenciais teóricos de visões ideológicas distintas, para uma melhor compreensão do tema, as doenças mentais serão abordadas preservando os termos técnicos adotados pelos autores (transtornos mentais, psicopatologias, sofrimento psíquico), pois a padronização desta linguagem pode levar a uma compreensão equivocada dos conceitos originais.

Os transtornos mentais podem ser desencadeados quando as exigências do meio ou do trabalho vão além da capacidade de adaptação do indivíduo, gerando sentimentos de inutilidade ou inadequação intelectual e afetando, conseqüentemente, o comportamento produtivo (Pinho, Araújo, 2007), o que pode ser melhor compreendido na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho.

Assim, na concepção da Psicodinâmica do Trabalho de Dejours (1998), entende-se que as exigências do trabalho e da vida atuam como uma ameaça para o trabalhador, causando sofrimento. No

entanto, o aparelho psíquico não é o primeiro a ser atingido na relação do homem com seu trabalho, mas sim o corpo, à medida que se adapta às exigências das atividades laborais. Já o psíquico é afetado quando o trabalhador passa a alienar-se em seu trabalho, abrindo mão de sua subjetividade para se adequar às relações de trabalho existentes nas organizações. A associação entre as exigências das atividades laborativas e a necessidade do estabelecimento de relações sociais e hierárquicas no ambiente de trabalho geram pressões psíquicas nos indivíduos, podendo desencadear psicopatologias relacionadas ao trabalho e às organizações (Dejours, 1998).

Dessa forma, fatores como ambientes laborais onde prevalecem condições desfavoráveis e inadequadas de trabalho, com desvalorização dos funcionários e pouca participação destes em processos decisórios, sem que haja preocupações mínimas com a saúde do trabalhador e suas relações com o trabalho, mostram-se como possíveis desencadeantes de transtornos mentais (Bárbaro, Robazzi, 2009).

A forma como uma organização é gerenciada é fundamental para que haja qualidade no ambiente e nas condições de trabalho, além de resultar em melhora do processo de produção. As Tecnologias sozinhas não elevam a qualidade de um produto, nem melhoram as relações de trabalho (Lacaz, 2000).

Estudo em hospital geral identificou que dentre os profissionais de saúde, aqueles que trabalham na assistência direta ao paciente apresentam maiores índices de exaustão emocional, despersonalização e baixo nível de realização profissional (Ezaias et al, 2010). O objeto de trabalho da enfermagem é a prestação de cuidados diretos ao paciente, fazendo com que este profissional, independente de sua área de atuação, mantenha contato direto com o sofrimento, o medo, os conflitos e as tensões vivenciadas pelo outro no adoecimento (Martins, Robazzi, Bobroff, 2010). Assim, características inerentes ao processo

de trabalho de enfermagem, expõem estes profissionais à maior desgaste emocional.

A grande incidência de transtornos mentais aparentemente relacionados ao trabalho causa preocupação, uma vez que trabalhar deveria ser vivenciado com dignidade e bem estar e, não, ser um processo de adoecimento físico ou psíquico (Bárbaro, Robazzi, 2009).

Pesquisas mostram que no Brasil, os Transtornos Mentais têm causado incapacidade grave ou definitiva na execução de atividades laborais, com prejuízos nas funções sociais e físicas, além de ocorrência de aposentadoria precoce (Pinho, Araújo, 2007).

Os transtornos mentais podem ter influência negativa sobre a capacidade de atuação do indivíduo no trabalho, uma vez que a instabilidade emocional dificulta o atendimento das exigências laborais, que passam a ser vistas mais como uma fonte de sofrimento do que como uma possibilidade de crescimento profissional. Exigir que um indivíduo com transtorno mental adapte-se ao trabalho pode levá-lo à sensação fracasso ou frustração (Gutierrez, Ciampone, 2007). Por outro lado, os indivíduos que não adoecem em sua relação com as pressões da organização de trabalho, são aqueles que desenvolvem estratégias mentais pessoais que minimizam sua percepção referente a essas pressões, evitando assim, o sofrimento. No entanto, isto é realizado apenas a nível mental, pois na organização do trabalho em si, pode não houve qualquer mudança concreta (Dejours, 1994).

Estudo realizado junto às equipes de enfermagem aponta que alguns indivíduos, ao vivenciar situações de conflito no trabalho, tendem a fazer um investimento emocional ainda maior para realização de suas atividades, aumentando seu nível de concentração e desempenho e, conseqüentemente, levando a uma melhor eficácia profissional. Ainda segundo o mesmo estudo, isto funciona como um fator de proteção para estes indivíduos, tornando-os mais resilientes às tensões do trabalho (Wang et al., 2012). Outro autor coloca a rede de

apoio, de que o trabalhador dispõe como fator que contribui para maior resiliência dos profissionais de enfermagem oncológica. Assim, o suporte emocional da família e amigos, bem como um bom relacionamento em equipe, são fundamentais para um enfrentamento positivo das adversidades profissionais (Zander, Hutton, King, 2013).

Na busca por inserir-se ou manter-se no mercado de trabalho, o trabalhador que possui encontra diversos obstáculos, dentre eles o estigma existente em relação às doenças mentais e os efeitos do uso de medicação.

Nos tempos modernos, o estigma é compreendido como uma marca invisível de desaprovação e rejeição social, sendo caracterizado por descrédito e isolamento social daqueles que sofrem o estigma e gerando sentimentos de vergonha, inferioridade e culpa nestes indivíduos. O estigma é, ainda, algo marcante quando relacionado à saúde mental, pois uma vez diagnosticada a necessidade de tratamento psiquiátrico, independente de apresentar ou não sintomas visíveis, a pessoa passa a conviver com uma condição de inaceitação social e consequente necessidade de buscar ocultar a sua doença (Goffman, 1975).

Esta não aceitação é também reproduzida nas instituições de saúde e interfere nas relações de trabalho e emprego. O estigma acaba gerando desigualdades para aqueles que apresentam problemas mentais e emocionais, como menor possibilidade de empregabilidade, falta de perspectiva de progressão na carreira e má qualidade de vida no trabalho. Há uma maior probabilidade de que um portador de transtorno mental adquira um subemprego, ocupe uma posição inferior em seu de trabalho ou esteja desempregado, comparando-se com aqueles que não apresentam problemas emocionais. Quando o trabalhador está empregado, caso passe por uma situação de afastamento devido à doença mental, frequentemente enfrenta hostilidade por parte dos colegas e passa a executar um trabalho de

menor reponsabilidade. Como resultado do estigma, os transtornos mentais são percebidos como geradores de uma incapacidade maior do que outras doenças, sem levar em conta qualificações e capacidades dos trabalhadores. Desta forma, a redução do estigma relacionado às doenças mentais, dentro do ambiente de trabalho, apresenta-se como uma das maiores necessidades e, também, um dos maiores desafios ao abordar a questão da inserção e reinserção de pessoas com problemas emocionais no trabalho (Stuart, 2004).

O uso de medicamentos é outra condição que o indivíduo com transtornos mentais apresenta para trabalhar. Os efeitos colaterais dos remédios de uso psiquiátrico costumam afetar, tanto psíquica, como organicamente, as pessoas em tratamento, dificultando a realização de atividades profissionais. Isto pode ser compreendido por meio do relato de um dos participantes de uma pesquisa realizada para avaliar as possibilidades de carreira em psicóticos, na qual um dos sujeitos refere, que apesar do desejo de realizar uma atividade remunerada que o faça sentir com vida, não consegue por isto em prática: “não dá para trabalhar por causa da moleza causada pelos remédios” (Ribeiro, 2009, p.107).

Uma pesquisa realizada com trabalhadores de enfermagem (Silva, 2012) apontou que o momento do retorno ao trabalho, após um período de afastamento, evidencia para o trabalhador suas limitações, pois possibilita o reconhecimento das mudanças decorrentes da cronicidade da doença, tanto no âmbito físico, quanto mental, interferindo no processo de trabalho e no convívio profissional. Neste estudo, os trabalhadores relataram que além de ter de conviver com a dor física e mental, também, há necessidade de aprender a lidar com suas limitações para o trabalho, diante das inadequações do processo de trabalho institucional e enfrentando uma reinserção abrupta nas atividades laborais, independente das possíveis recomendações médicas para seu quadro de saúde (Silva, 2012). Desta forma,

evidencia-se que o retorno ao trabalho não ocorre de forma saudável, tendendo a agravar ainda mais a cronicidade da doença.

Outro estudo (Batista, Juliani, Ayres, 2010) refere que, ainda, existem dificuldades do profissional de enfermagem e suas gerências, em perceber as limitações adquiridas pelo profissional após o afastamento. Dessa maneira, a recuperação do trabalhador e a prevenção de novos agravos à sua saúde ficam prejudicadas. Ainda, segundo este estudo, esta incompreensão da necessidade de atenção à saúde do trabalhador, se mostra presente inclusive pela dificuldade encontrada por estes profissionais em obter um acompanhamento clínico. O estudo aponta também, o despreparo das equipes de trabalho para receber o trabalhador durante o retorno, o que gera situações de conflito devido a pressões profissionais às quais o trabalhador, que passou por afastamento, não tem condições de corresponder naquele momento (Batista, Juliani, Ayres, 2010).

Assim, compreender de que forma se dá o retorno ao trabalho após afastamento por transtorno mental, planejar e executar ações que tenham como objetivo melhorar as condições de retorno ao trabalho e repensar as características da organização, são medidas que podem proporcionar maior qualidade de vida e bem-estar, promovendo a saúde e prevenindo situações que levam ao adoecimento funcional.

3.2 PROPOSTAS INTERNACIONAIS E NACIONAIS PARA RETORNO AO TRABALHO E AS LACUNAS EXISTENTES

Compreendemos como retorno ao trabalho a situação em que o trabalhador doente, incapacitado e afastado do trabalho, passa a apresentar um quadro estável de sua doença, mostrando condições de voltar às suas atividades profissionais, (Sardá et al., 2009). Em seu retorno ao trabalho o trabalhador pode voltar a exercer a mesma

função, caso não apresente limitações, ou ser requalificado para exercer outra função, caso não esteja mais apto a exercer a atividade anterior. O processo pelo qual o trabalhador passa, até que retorne ao seu posto de trabalho, é concebido como Reabilitação Profissional (Sardá et al., 2009).

Segundo Takahashi e Iguti, (2008), a Reabilitação Profissional deveria, idealmente, consistir em um programa de intervenção voltado para o desenvolvimento de atividades terapêuticas e profissionalizantes, de forma a desenvolver nos trabalhadores condições de superação das dificuldades associadas às suas incapacidades. Isto se efetivaria através de um processo de fortalecimento e desenvolvimento psicossocial que visasse reestabelecer as relações sociais cotidianas e no trabalho. Assim, o objetivo de um programa de reabilitação profissional só pode ser considerado como alcançado, quando houver a inserção do indivíduo em um trabalho que lhe permita uma integração social plena (Takahashi, Iguti, 2008).

Pensar em modelos de retorno ao trabalho nos remete ao Modelo de Sherbrook, concebido no Canadá e no modelo da Reabilitação Profissional no Brasil.

Assim, em âmbito internacional, o Modelo de Sherbrooke de Loisel e Durand (2005), foi criado por pesquisadores canadenses, diante da dificuldade em definir a incapacidade para o trabalho e as possíveis ações para os trabalhadores que se encontravam nesta situação. Diante disto, o conceito de incapacidade para o trabalho foi complementado com a ideia de que cada indivíduo possui um potencial para retornar ao trabalho. Assim, nesse modelo, a incapacidade começa a ser avaliada de acordo com as perspectivas do desenvolvimento do potencial do indivíduo, quando este retorna ao trabalho (Loisel e Durand, 2005).

Este modelo, por meio de uma abordagem transdisciplinar, propõe que se integrem intervenções direcionadas ao trabalhador com as direcionadas ao local de trabalho, superando os modelos de intervenções focados exclusivamente no tratamento da doença e tornando indispensável o envolvimento de todos os agentes, na prevenção e recuperação do trabalhador incapacitado (Mininel, 2010).

Segundo Takahashi e Iguti (2008), a Reabilitação Profissional no Brasil, consiste em uma política integrada ao sistema de benefícios previdenciários, desenvolvida pelo Estado como uma resposta pública à questão das incapacidades associadas aos acidentes e doenças decorrentes do trabalho. Historicamente, a utilização dos serviços previdenciários constitui um direito trabalhista das classes assalariadas com inserção formal no mercado de trabalho. Possui características de seguro social e direito de assistência médica, pensões e aposentadorias vinculados ao contrato dos trabalhadores do setor privado com o seguro gerenciado pelo Estado. Este seguro, que inicialmente era administrado e coberto pelas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) e pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), posteriormente foi unificado na criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (Takahashi e Iguti, 2008).

Ainda segundo os mesmo autores (Takahashi e Iguti, 2008), na década de 1980 a criação de um projeto para implantação de Centros de Reabilitação Profissional (CRPs) junto ao INPS foi baseada em um ideal de se oferecer um serviço de excelência. A visão hospitalocêntrica da assistência médica da época contribuiu para a disponibilidade dos recursos terapêuticos necessários, com equipamentos de fisioterapia e terapia ocupacional de alto custo e um grande número de profissionais. Havia, ainda, os Núcleos de Reabilitação Profissional do INPS (NRPs), unidades menores com uma ou duas equipes e que referenciavam os atendimentos mais complexos para os CRPs. As equipes de saúde presentes nestes serviços eram multiprofissionais, incluindo: médicos,

assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, fonoaudiólogos, pedagogos e sociólogos. Atividades profissionalizantes eram desenvolvidas por professores especializados em ofícios ou em programas de alfabetização. Nesta mesma década, a falta de investimento governamental fez com que este sistema entrasse em decadência, com diminuição do quadro de profissionais de saúde e sucateamento da estrutura física. Assim, na década de 2000, com a total desativação desses serviços, foi criado o programa Reabilita, ligado aos serviços de perícias médicas da Previdência Social (Takahashi, Iguti, 2008).

O Reabilita foi idealizado com a finalidade de descentralizar e ampliar os serviços de atendimento à reabilitação profissional. Neste Programa, a atenção à saúde é realizada pelas equipes, constituídas por médico perito e orientador profissional. Com a criação do Reabilita, o trabalhador passa a ter os cuidados de saúde física e psíquica sob a responsabilidade do SUS, devendo apresentar um quadro de saúde estável ao ser encaminhado para esse Programa (Cherem et al., 2009).

No tocante aos cuidados de saúde, destinados aos trabalhadores e que passaram a ser oferecidos pelo SUS (Sistema Único de Saúde), foi criada a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). A RENAST constitui uma rede articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios e tem como proposta garantir atenção integral à saúde dos trabalhadores. É composta por Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), serviços sentinela de média e alta complexidade, com competência para diagnosticar e notificar os agravos à saúde que tenham relação com o trabalho (Lima et al., 2010; Perez, Zaniboni, Gomez, 2006).

Cabe então ao Reabilita, o papel de encaminhar o trabalhador para sua empresa de vínculo empregatício para execução de uma função compatível com suas limitações, ou encaminhar para curso de

requalificação profissional quando a empresa não dispõe desta função ou quando o trabalhador encontra-se desempregado. Com isso, a mesma proposta acaba dificultando o oferecimento de um atendimento mais integralizado de reabilitação para o retorno ao trabalho, pois o trabalhador é acompanhado por diferentes serviços, que apesar de complementares, são direcionados a diferentes aspectos do processo de reabilitação (Simonelli et al., 2010).

No contexto das políticas nacionais de atenção à saúde do trabalhador, alguns serviços desenvolveram alternativas para atuar junto aos profissionais afastados. É o caso do Cerest (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador) Piracicaba/SP e do Cesat (Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador) Salvador/BA, serviços de atendimento à saúde do trabalhador que adotaram ações voltadas para um cuidar de modo abrangente, indo além do tratamento clínico ou direcionado estritamente para retorno ao trabalho. Por meio da atuação de equipe multiprofissional (médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicoterapeutas e assistente social), foram desenvolvidas atividades de educação para a saúde, a fim de resgatar as capacidades física, psicológica e social dos trabalhadores e ressignificando a relação do trabalhador com sua doença, ampliando a sua autonomia também nas atividades cotidianas (Lima et al., 2010; Takahashi et al., 2010).

No que se refere à manutenção de trabalhadores portadores de transtornos mentais em seus postos de trabalho, os estudos de Nieuwenhuijsen et al. (2004) e Ribeiro (2009) buscam compreender os fatores que viabilizariam esta situação. Em âmbito internacional, Nieuwenhuijsen et al. (2004) refere que em pesquisa realizada no Canadá, a fim de avaliar o papel da supervisão de retorno ao trabalho em profissionais portadores de transtornos mentais, foram acompanhados os trabalhadores e seus supervisores, durante o período de um ano, para compreender em que medida uma atuação positiva de supervisão poderia auxiliar, o profissional afastado por

transtornos mentais, na permanência no trabalho. Como critérios para avaliar a atuação do supervisor foram considerados: comunicação com o empregado; promoção de retorno gradual ao trabalho; consulta pelos supervisores, aos profissionais de saúde responsáveis pelo acompanhamento de seus empregados. Foi observado que uma supervisão positiva, que englobe os três critérios já citados, tem papel preditor de retorno ao trabalho, pois uma melhor comunicação e o contato frequente entre supervisor e empregado podem ser vistos como um apoio social, causando um efeito positivo para o retorno ao trabalho. O contato dos supervisores com outros profissionais, a fim de acompanhar o quadro de saúde dos funcionários auxilia na redução do número de ausências dos trabalhadores durante o período de retorno. Já o retorno gradual ao ambiente de trabalho, pareceu ser mais efetivo nos casos de trabalhadores que apresentavam sintomas mais severos (Nieuwenhuijsen et al., 2004).

Com relação à manutenção de portadores de transtornos mentais no mercado de trabalho no Brasil, foi realizada uma pesquisa no Instituto de psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP), Ribeiro (2009) a fim de compreender possibilidades de desenvolvimento de carreira para pessoas psicóticas. Como resultados, o autor verificou que, de um grupo de 30 indivíduos portadores de transtornos psicóticos, 10% tinham constituído uma carreira, 30% tiveram uma trajetória de vida flutuante e descontínua no mundo do trabalho e em torno de 50% estavam inseridos de forma constante, mas não contínua, no mercado de trabalho, indicando que a maior dificuldade encontrada pelos indivíduos não é a de inserção no mercado de trabalho, mas sim de manter-se no emprego, já que passam por situações de crises recorrentes e períodos de afastamento, nem sempre compreendidos por seus empregadores.

O mesmo autor (Ribeiro, 2009) mostrou ainda que, dentre as principais barreiras a serem superadas para a permanência de

portadores de transtornos mentais no mercado de trabalho estão: necessidade de o indivíduo compreender, assumir e lidar com as dificuldades decorrentes da doença mental, como efeitos colaterais dos medicamentos e crises recorrentes; fortalecimento do trabalhador para que ele seja capaz de mostrar sua capacidade produtiva; compreensão do empregador de que a ocorrência de crises não é um fator impeditivo para realização do trabalho, uma vez que estas são temporárias; possibilidade de negociação com o empregador, para realização do trabalho de forma mais flexível. Assim, o autor conclui que o apoio das instituições de trabalho e um auxílio externo, que abarque as ocorrências de crise, podem ser decisivos para a manutenção desses trabalhadores em seus empregos (Ribeiro, 2009).

O que mais se observa mundialmente, devido às dificuldades de pessoas com transtornos mentais se manterem no trabalho formal, é a criação de cooperativas ou empresas com a finalidade de gerar empregos para essa população. Na Europa e em países como Argentina, Brasil, China e Costa do Marfim, o modelo chamado de “empresa social” atingiu níveis sofisticados de desenvolvimento, por meio da cooperação entre setores público e privado, criando uma alternativa para a reabilitação psicossocial convencional, permitindo que pessoas com transtornos mentais trabalhem de uma forma mais saudável, que, conseqüentemente, lhes possibilite a geração de recursos financeiros (Organização Pan-Americana de Saúde, 2001).

Ainda, na atenção à saúde do trabalhador e reabilitação para o retorno ao trabalho no Brasil, observa-se que, mesmo em experientes equipes de profissionais da saúde do trabalhador, há dificuldade em reconhecer situações em que o trabalho contribuiu para o adoecimento mental. Os sintomas psíquicos são pouco abordados nas entrevistas, permanecendo o sofrimento mental pouco compreendido e não adequadamente tratado, tanto no âmbito individual, quanto no coletivo (Salerno, Silvestre, Sabino, 2011).

A atividade laboral é revestida de simbolismos para a sociedade, pois os indivíduos só percebem sua inserção social quando economicamente ativos, o que lhes garante uma identidade ou *status* social (Silva, Marziale, 2003). Por isso, é preciso repensar a organização do trabalho, no sentido de torná-la mais democrática, flexível e sensível à problemática da saúde do trabalhador, uma vez que o retorno ao trabalho confere ao trabalhador um *status* social mais satisfatório do que quando afastado (Carvalho et al., 2010).

Sabendo-se que os transtornos mentais prejudicam o desempenho da pessoa tanto em seu trabalho, como na vida social e familiar, há que se pensar não só em formas de minimizar os desgastes que desencadeiam o surgimento destas doenças, mas também formas de prevenir a sua reincidência (Bárbaro, Robazzi, 2009).

Vale lembrar que estas medidas só são possíveis quando existe uma conscientização de todos os envolvidos a respeito dessa situação, sendo imprescindível a participação efetiva da instituição e dos trabalhadores na implementação de programas destinados a amenizar ou a solucionar os fatores geradores de desgastes físicos e psíquicos. Isto implica em sensibilizar os gestores e capacitar profissionais da área de Saúde do Trabalhador a voltarem sua atenção para esta problemática estimular os próprios trabalhadores a adotarem medidas preventivas e buscar alternativas para contornar os desgastes aos quais estão expostos (Carvalho et al, 2010).

Os trabalhadores são os recursos que garantem a prestação dos cuidados de enfermagem, portanto é imprescindível que estejam em boas condições de saúde, para exercerem o direito de cidadãos e oferecer assistência adequada e de qualidade aos pacientes, evidenciando a necessidade de se pensar melhores condições laborais e facilitadores do seu retorno ao trabalho.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 TIPO DE ESTUDO

A relação trabalho-desgaste ocorre a partir da inserção social dos trabalhadores de enfermagem no mercado de trabalho. Estes, como sujeitos sociais, detêm os atributos que o investigador pretende conhecer, (Minayo, 2004), e justificam a escolha por uma pesquisa de abordagem qualitativa.

No desenvolvimento do estudo optou-se pela abordagem qualitativa na linha compreensiva de, entendendo-se que é por meio das relações sociais que o sujeito constrói e apreende o conhecimento, transformando e dinamizando o processo histórico. Através destas constantes mudanças ocorrem os conflitos, as contradições e as subordinações entre grupos sociais, que marcam as diferentes culturas e épocas dentro das sociedades humanas (Minayo, 2004). Assim, ao utilizar este enfoque metodológico, realizou-se uma investigação social de base empírica que permitiu compreender as associações entre os sujeitos sociais e o problema coletivo que vivenciam – o retorno ao trabalho após afastamento por transtornos mentais.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada com trabalhadores de enfermagem um Hospital Especializado em Oncologia, no Estado de São Paulo. Esse hospital presta assistência em quatro unidades médicas e duas cirúrgicas.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população deste estudo foi composta por 564 trabalhadores que compõe o quadro de enfermagem do hospital eleito como campo de estudo, sendo 168 enfermeiros e 396 técnicos de enfermagem.

A amostra intencional foi constituída de oito sujeitos, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão:

- a) Trabalhadores que foram afastados do trabalho, devido a diagnóstico de transtorno mental, desde a data de sua admissão no hospital;
- b) Trabalhadores que retornaram ao trabalho há, no máximo, seis meses.

4.4 COLETA DE DADOS

4.4.1 Instrumentos de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada a partir aplicação de dois instrumentos. O primeiro foi o questionário de caracterização dos sujeitos (Apêndice 1), a partir do qual foi realizado um levantamento dos dados pessoais, profissionais, de adoecimento e do afastamento. O outro instrumento utilizado foi entrevista de tipo aberta, com o objetivo de compreender as experiências particulares dos trabalhadores durante seu retorno ao trabalho. Para a entrevista foi feita a questão introdutória "Conte-me sobre a sua experiência de retorno ao trabalho, após ter passado pelo período de afastamento". Após essa questão, o sujeito foi questionado sobre "Que sugestões você faria para melhorar o retorno ao trabalho?" As entrevistas foram gravadas, com o consentimento dos trabalhadores.

As entrevistas foram realizadas individualmente, em local reservado na própria instituição, durante o período de junho a outubro de 2013. Durante as entrevistas foram feitas outras questões aos sujeitos a fim de captar informações que não surgiram espontaneamente ao longo da narrativa. Semelhantes procedimentos de entrevista foram utilizados até a inclusão do último entrevistado. Dentre os captados como possíveis sujeitos desta pesquisa, dois se recusaram a participar. As entrevistas foram encerradas quando se considerou que o fenômeno já havia sido compreendido pelo pesquisador (Minayo, 2004).

4.4.2 Procedimento de coleta de dados

A fim de se efetivar a Coleta de Dados, o projeto de pesquisa foi encaminhado à Plataforma Brasil (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE: 09437612.2.0000.5392), uma base nacional e unificada de registros de pesquisas envolvendo seres humanos para todo o sistema de Comitê de Ética em Pesquisa da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (sistema CEP/Conep).

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Anexo 1) e da autorização da instituição eleita como campo de estudo desta pesquisa, pode-se dar início à captação dos sujeitos da pesquisa para realização de entrevista individual.

Este estudo atendeu à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, referente a pesquisas com seres humanos. Para obtenção de autorização prévia, os participantes da pesquisa receberam duas vias impressas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice 2; Anexo 2), que após assinadas ficaram uma em posse do sujeito e outra em posse do pesquisador. A

privacidade dos sujeitos e a confiabilidade dos dados foram garantidos desde o início da pesquisa, até sua possível publicação.

Os sujeitos foram informados que caso se sentissem emocionalmente sensibilizados após a realização da entrevista, poderiam ser encaminhados ao Ambulatório de Medicina do Trabalho do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (AMT/SESMT) do hospital eleito campo de pesquisa. O acompanhamento médico seria realizado neste serviço e caso se fizesse necessário, haveria encaminhamento para um serviço médico assistencial especializado, direcionado especificamente aos funcionários deste complexo hospitalar.

A captação foi feita através de: contato com o SESMET, para se ter acesso aos profissionais que haviam retornado ao trabalho nos últimos seis meses; levantamento dos prontuários ocupacionais dos trabalhadores que haviam retornado ao trabalho; consulta aos prontuários ocupacionais para verificar quais trabalhadores tiveram afastamento devido a transtorno mental e suas respectivas unidades de trabalho no hospital; contato com as gerencias das unidades hospitalares para apresentação do projeto de pesquisa e solicitação de acesso aos trabalhadores em período de retorno; convite aos trabalhadores para participarem da pesquisa.

Os sujeitos foram informados quanto ao seu direito esclarecer eventuais dúvidas, bem como de desistir de sua participação durante a pesquisa. A recusa em participar da pesquisa não resultou em qualquer prejuízo moral ou de relacionamento do funcionário com a instituição, nem tampouco junto aos responsáveis pela pesquisa.

O projeto foi desenvolvido com recursos financeiros do pesquisador, não havendo custos para os participantes desta pesquisa.

4.4.3 Procedimento de análise dos dados

O questionário de caracterização segundo os dados sociodemográficos dos trabalhadores, foi analisado quantitativamente, visando conhecer os sujeitos participantes da pesquisa e relacionar esses dados com as falas a respeito do fenômeno investigado. Esses dados foram tratados segundo frequências absoluta e relativa e discutidos de forma descritiva.

Para tratamento dos dados qualitativos foi utilizada a técnica da Análise Temática, a partir da qual foram abstraídas as Categorias, os Temas e as Unidades de Significado (Apêndice 3).

A operacionalização da Análise Temática foi feita de acordo com as seguintes etapas (Minayo, 2004):

1) Pré-análise: foi escolhido o material a ser analisado, a partir de retomada das hipóteses e objetivos iniciais da pesquisa, adequando-as ao material coletado. Esta etapa pode ser decomposta nas seguintes tarefas:

Leitura Flutuante do conjunto das comunicações: foi realizado um contato exaustivo com o material coletado, de forma a absorver o máximo de seu conteúdo. Nesta etapa, ocorreu uma relação dinâmica entre as hipóteses iniciais e as hipóteses que emergiram das narrativas. As teorias relacionadas ao tema tiveram o papel de tornar a leitura mais sugestiva, possibilitando superar a sensação de caos inicial.

Constituição do Corpus: o material foi organizado de forma que ele passasse a responder a normas de validade. Esta etapa incluiu: *exaustividade* na contemplação de todos os aspectos levantados no roteiro; *representatividade* do universo pretendido; *homogeneidade* na escolha de critérios precisos de eleição de termos, temas, técnicas e interlocutores; *pertinência* entre documentos analisados e sua adequação ao objetivo do trabalho; *Formulação de Hipóteses e Objetivos:* na pesquisa qualitativa, há necessidade de estabelecimento

de hipóteses iniciais, pois a realidade responde a questões lhe são apresentadas teoricamente, não se mostrando de forma concreta e evidente. No entanto, os pressupostos iniciais foram flexíveis, permitindo que outras hipóteses pudessem emergir dos procedimentos exploratórios.

2) Exploração do Material: foi realizada uma operação de codificação, na qual se trabalhou primeiramente com recortes do texto em unidades de registro. Estas unidades podiam ser uma palavra, uma frase, um tema ou um acontecimento, tal como foi definido durante a pré-análise. Em um segundo momento, escolheu-se as regras de contagem, a fim de construir índices que permitissem algum tipo de quantificação. Por fim, realizou-se a classificação e agregação dos dados, com a escolha de categorias teóricas ou empíricas que determinaram a especificação dos temas.

Na Análise Temática tanto o sujeito entrevistado como o pesquisador estão envolvidos em um tempo histórico e em um grupo social, assim a análise e o tratamento dos dados foram permeados por essas relações, possibilitando a compreensão e a representação da realidade vivida (Minayo, 2004).

Dessa forma, a análise temática permitiu eleger as seguintes categorias: condições de trabalho, afastamento do trabalho, retorno ao trabalho, estigma da doença mental, assistência ao trabalhador e propostas de intervenção.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos na pesquisa serão apresentados e discutidos em duas etapas: primeiramente, os dados referentes à caracterização dos trabalhadores e, posteriormente, os dados sobre a percepção dos trabalhadores a respeito do retorno ao trabalho após afastamento por transtornos mentais.

5.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA DOS TRABALHADORES

Os dados referentes à caracterização sócio demográfica dos trabalhadores serão descritos a fim de proporcionar a visualização do perfil dos entrevistados. Foram entrevistados um total de oito trabalhadores de enfermagem, que atenderam aos critérios de inclusão.

Quanto aos dados pessoais verificou-se que, em relação ao sexo, dois eram do sexo masculino e seis do sexo feminino. No que se refere à idade, a média foi de 34 anos, sendo o mais jovem com 27 e o mais velho com 42 anos. Sobre o estado civil, quatro sujeitos eram casados, representando a metade dos trabalhadores entrevistados, três eram solteiros e apenas um divorciado.

Em relação à escolaridade, três concluíram o ensino médio, três o nível superior e dois possuem pós-graduação. Nos dados referentes à categoria profissional, seis sujeitos atuam como técnico de enfermagem e dois como enfermeiros. Este dado se mostra relevante ao ser comparado com o grau de escolaridade, pois demonstra que dentre os seis sujeitos que atuam em função de nível médio, três possuem nível superior completo como formação.

A maioria dos entrevistados (sete sujeitos) trabalha entre quatro a 12 anos na enfermagem, sendo que apenas um trabalha há 20 anos na área. Quanto ao tempo de atuação na instituição, a maioria trabalha há quatro anos neste hospital (cinco sujeitos), sendo a média de tempo de trabalho de três anos e meio.

Quanto ao setor de trabalho, dois sujeitos atuavam no Centro Cirúrgico, dois na U.T.I. e dois no setor de Transporte. Dos dois sujeitos restantes um atuava na Ambulatório e outro na Administração. Estes dados mostram que, após o afastamento, metade dos sujeitos continua prestando assistência direta aos pacientes (Centro Cirúrgico e U.T.I.) e a outra metade exerce funções caracterizadas pela ausência de cuidados diretos aos pacientes (Transporte), cuidados de baixa complexidade (Ambulatório) ou ausência de contato com os pacientes (Administração).

Quanto ao turno, sete sujeitos trabalham no período diurno e apenas um no período noturno. Dentre aqueles que trabalham no período diurno apenas um foi transferido para este turno devido ao afastamento.

Os dados evidenciam que a maioria dos sujeitos que trabalha durante o dia e apenas dois atuam na UTI, caracterizada como um setor do hospital onde os pacientes requerem mais cuidados. No entanto, estes dados devem ser analisados, levando-se em consideração que esta é a situação dos trabalhadores após passarem por período de afastamento e que cinco sujeitos passaram por readaptação após o retorno ao trabalho, o que implica em mudanças, tanto da unidade hospitalar como na rotina de trabalho.

Do total de entrevistados, apenas um teve Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) emitida relacionada a transtornos mentais.

Este dado se torna ainda mais relevante ao ser comparado com o total de sete trabalhadores, que só desenvolveram transtornos mentais após atuar nesta instituição. Este dado leva a questionamentos quanto à relação entre o cuidado do paciente oncológico e o adoecimento psíquico do trabalhador e quanto à necessidade de uma atenção mais efetiva à saúde do trabalhador.

Sobre o período de afastamento, sete dos entrevistados, ficaram cerca de um ano afastados e um entrevistado permaneceu afastado por quatro anos.

A coleta de dados se deu, na maioria das vezes, cerca de um mês após o retorno (n=6), sendo que os outros dois entrevistados haviam retornado há três meses e o outro há seis meses. Do total de sujeitos, seis ainda permaneciam em tratamento e dois não realizavam mais qualquer tipo de acompanhamento.

No período da coleta de dados, o hospital tinha cinco anos de existência e alguns trabalhadores foram transferidos de outras instituições.

A fim de entender quais transtornos mentais estes trabalhadores haviam desenvolvido, foi realizado um levantamento dos diagnósticos que constavam em seus prontuários. Neste levantamento, pode-se observar que três sujeitos tiveram diagnóstico de mais de um transtorno mental e que apenas um apresentou sintomas psicóticos.

Os diagnósticos foram classificados de acordo com a Classificação Internacional de Doenças – versão 10 (CID - 10), como pode ser observada no quadro a seguir:

Quadro 1 – Distribuição dos problemas de saúde, segundo a CID 10, dos trabalhadores que retornaram ao trabalho. São Paulo, 2013.

SUJEITOS	CID	DIAGNÓSTICOS
E1	F 32.2	Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos
E2	F 32.1	Episódio depressivo moderado
E3	F 32.0 F 41.0	Episódio depressivo leve Transtorno de ansiedade – Transtorno do pânico
E4	F 41.2	Transtorno misto de ansiedade e depressão
E5	F 39	Transtorno do humor não especificado
E6	F 32.2	Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos
E7	F 32.2 F 43.0 F 44.0	Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos Reação a estresse grave – Reação aguda ao estresse Amnésia Dissociativa
E8	F 33.2	Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos

As classificações utilizadas no Quadro 1, referem-se aos transtornos mentais nomeados a seguir.

De F30 a F39, são classificados os Transtornos do humor (afetivos):

- F 32.0: Episódio depressivo leve.
- F 32.1: Episódio depressivo moderado.
- F 32.2: Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos.
- F 33.2: Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos.
- F 39: Transtorno do humor não especificado.

De F40 a F48, são classificados os Transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes:

- F 41.0: Transtorno de ansiedade – Transtorno do pânico.
- F 41.2: Transtorno misto de ansiedade e depressão.
- F 43.0: Reação a estresse grave – Reação aguda ao estresse.
- F 44.0: Amnésia Dissociativa.

O Quadro 1, permite visualizar os seguintes dados referentes ao momento do afastamento: seis sujeitos (E1, E2, E4, E5, E6 e E8) haviam recebido um único diagnóstico de transtorno mental; um sujeito apresentou dois transtornos mentais diagnosticados (E3); um sujeito teve três diagnósticos de transtornos mentais (E7). Já com relação à incidência dos transtornos mentais nos entrevistados, observa-se que apenas o Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos (F32.2) foi responsável pelo afastamento de três sujeitos.

Dos 11 transtornos diagnosticados, sete pertencem à classificação dos Transtornos de Humor, em especial a depressão,

ficando os quatro diagnósticos restantes dentro da classificação de Transtornos relacionados ao estresse.

O diagnóstico de depressão dos trabalhadores por vezes está relacionado às condições de trabalho a que estão expostos, como pouca participação no processo de trabalho e atividades que levam ao desenvolvimento de restrições, gerando um cotidiano laboral negativo e consequente perda de produtividade (Lagerveld et al., 2010).

Segundo Lagerveld et al. (2010), a depressão, juntamente com os demais transtornos de humor, estão entre os transtornos mentais de maior prevalência em trabalhadores, afetando não só a vida profissional, mas também pessoal desses indivíduos. Frequentemente estes trabalhadores permanecem atuando em suas funções mesmo após terem desenvolvido quadros depressivos, sendo que esta situação chega a durar em média, por até 12 meses. Ainda de acordo com o mesmo estudo (Lagerveld et al., 2010), isto implica em maior número de acidentes e erros no trabalho, além do aumento de ausências, afastamentos e pensões por invalidez, além da falta de perspectiva profissional.

Outro estudo (Manetti e Marziale, 2007) mostra que, nos trabalhadores de enfermagem, a depressão está relacionada com a organização do trabalho (turnos, escalas, número de trabalhadores), relações sociais estabelecidas dentro da equipe e sobrecargas, gerando desgastes e insatisfações que influenciam diretamente na saúde física e psíquica dos trabalhadores. Em decorrência, observa-se o aumento do absenteísmo, uma maior rotatividade de trabalhadores e prejuízo na qualidade da assistência prestada aos pacientes (Manetti e Marziale, 2007).

A relação entre o trabalho de enfermagem em oncologia e o desenvolvimento de transtornos relacionados ao estresse, mostra-se interligada às mesmas características de adoecimento pelo observadas na depressão. No entanto, as situações de emergência e os óbitos dos

pacientes, mostram-se como maiores preditores para o estresse, do que os problemas gerenciais ou de processo de trabalho (Rodrigues e Chaves, 2008).

5.2 PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES SOBRE A EXPERIÊNCIA DE AFASTAMENTO E RETORNO AO TRABALHO

A partir da transcrição dos relatos dos trabalhadores, quanto à sua experiência de retorno ao trabalho após afastamento por transtornos mentais, foi realizada a Análise Temática, na qual se tornaram evidentes as seguintes categorias, a serem discutidas: Condições de Trabalho, Afastamento do Trabalho, Retorno ao Trabalho, Estigma da Doença Mental, Assistência ao Trabalhador e Propostas de Intervenção.

A análise das falas permitiu seu agrupamento em temas, sendo que estes foram agrupados em categorias, como pode ser observado no quadro (quadro 2) a seguir:

Quadro 2 – Categorias, temas e unidades de significado que emergiram pela análise temática das narrativas. São Paulo, 2013

CATEGORIA	TEMA	UNIDADES DE SIGNIFICADO
Condições de Trabalho	Divisão de Trabalho	<p>“Na assistência a gente fica muito sobrecarregado, não importa o número de pacientes, porque o paciente oncológico precisa de muitos cuidados, ele é muito dependente. Eu já trabalhei em unidades de internação em outros hospitais, já cheguei a assumir mais de oito pacientes por plantão e conseguir dar conta, ficava cansado sim, mas não era igual aqui.” (E.1)</p> <p>“O trabalho aqui é muito pesado porque o</p>

		<p>paciente depende da gente o tempo todo para tudo, não tem praticamente nada que eles consigam fazer sozinhos, então se faltar uma única pessoa a equipe já fica sobrecarregada. Mesmo com a equipe completa o trabalho é muito desgastante. O resultado disso não é só ter cada vez mais funcionários doentes, é daí que vez os erros no trabalho, principalmente os de medicação.” (E.3) “Eu acho que na oncologia uma pessoa ter que cuidar de cinco a sete pacientes já é demais, só que aqui todo mundo aguenta calado até ficar doente. Isso é ruim, porque na verdade ninguém está aguentando trabalhar, está todo mundo esgotado, mas para não criar caso fica quieto, finge que está tudo bem.” (E.7)</p> <p>“Nesse hospital já tem o problema do trabalho em oncologia ser mais pesado, já tem o problema que a equipe está sempre desfalcada, mas também tem o problema de dividir mal os pacientes, dava para distribuir de um jeito que não sobrecarregasse tanto, mas as chefes tem pouco contato com os pacientes, às vezes nem percebem que a divisão da escala foi injusta. Aí dá nisso, todo mundo sobrecarregado, uns dias mais, outros menos e assim a gente vai levando, até o dia que não aguenta mais porque já está doente.” (E.8)</p>
Condições de Trabalho	Sobrecarga Emocional no Cuidado ao Paciente	<p>“A gente fica o dia todo ali do lado do paciente, todos os dias e toda hora entra no quarto, só que não é para ficar 15 minutos e ir embora, é para ficar ali cuidando. Como não dá para ir embora, como nosso trabalho é ali dentro do quarto, do lado do leito, não tem como não ouvir o que eles têm para dizer. Se você não quiser ouvir naquela hora vai ouvir depois, quando fizer um curativo ou der um banho, não tem como fugir disso, é com a enfermagem que eles desabafam.” (E.1)</p> <p>“Aqui os pacientes estão morrendo, não dá para cortar a conversa e virar as costas, eles precisam falar, pode ser a última vez que vão se abrir com alguém. Se a gente não escuta, eles ficam pior ainda do que já estavam, parece que falar alivia o sofrimento. Mas aguentar tudo isso não é fácil.” (E.5)</p> <p>“A gente cuida, ouve, se envolve e na maioria das vezes acaba vendo morrer, é muito raro um caso de paciente que tem alta. Muitas</p>

		<p>vezes a gente sabe que vai morrer que não tem mais jeito, mas tem que ficar ali do lado dando força, dando esperança. Eu acho até que a sobrecarga emocional de ter que lidar com tantos óbitos, quase diariamente, é mais pesada do que a rotina de trabalho.” (E.1)</p> <p>“Trabalhar em oncologia é muito pesado, o paciente chega aqui num estado que nem dá para ter muita esperança de melhora, mas mesmo assim a gente cuida, faz de tudo para aliviar o sofrimento, só que quando vê ele já foi, assim de uma hora para outra morre, não tem quem aguente trabalhar assim a vida inteira.” (E.8)</p>
Afastamento do Trabalho	Motivos para o Adoecimento	<p>“Quando eu vim trabalhar aqui, eu já tinha passado por um afastamento em outro hospital, pelo mesmo motivo. Eu trabalho já tem onze anos na área de enfermagem, mas a doença só começou quando eu fui trabalhar na oncologia, foi na quimioterapia que eu não aguentei, que eu tive que pedir afastamento. As pessoas chegam para ser atendidas em estágios muito avançados da doença, já chegam com poucas chances de sobreviver, trabalhar nisso dia após dia foi me fazendo mal, há tempos eu faço tratamento, mas chegou uma hora em que o remédio já não fazia efeito, eu não dormia mais e chorava no trabalho, às vezes chorava até na frente dos pacientes.” (E.2)</p> <p>“O câncer é uma doença cruel, ninguém aguenta trabalhar com isso sem se envolver, eu não queria mais viver essa rotina, não queria mais ver ninguém sofrendo, fiquei uns quatro meses assim, não queria mais vir para o hospital e quando chegava aqui tinha vontade de chorar o tempo todo, foi quando vi que precisava de ajuda e comecei a me tratar com uma psiquiatra. Ainda aguntei mais sete meses trabalhando enquanto me tratava, mas chegou uma hora que não conseguia mais trabalhar, nem com o tratamento, eu não dava mais conta do serviço, foi quando eu entrei no afastamento.” (E.3)</p> <p>“O mais difícil era que além de ter problemas em casa, quando eu chegava aqui via os pacientes nesse estado, o emocional tem que estar muito bom para cuidar deles, se não a gente se afunda junto. Eu acho que se eu não estivesse trabalhando aqui eu não tinha ficado</p>

		<p>doente. Quando eu não aguentei mais, vi que precisava ficar longe disso tudo, precisava de um tempo eu pedi afastamento. Nesse tempo eu vi que por mais que as coisas não estivessem bem em casa, trabalhar aqui é que me deixava pior, porque nesse tempo de afastamento o que eu fiz foi ficar em casa, com os mesmos problemas de casa e mesmo assim eu melhorei. Por isso pedi demissão, eu não quero ficar doente de novo e tenho medo disso acontecer se eu continuar trabalhando aqui. Essa é a minha última semana trabalhando aqui.” (E.5)</p> <p>“Como eu já não estava bem, ficar aqui na oncologia era muito difícil, a oncologia é um ambiente pesado, é difícil não se sensibilizar com os pacientes. Eu fui percebendo que com o passar do tempo eu ia ficando cada vez mais desanimada, mais desmotivada, achava o ambiente de trabalho cada vez mais complicado, tinha cada vez mais dificuldade para lidar com as pessoas e com o tempo foi ficando mais difícil de aguentar.” (E.8)</p>
Afastamento do Trabalho	Problemas Pessoais <i>versus</i> Trabalho	<p>“Não dá para dizer que eu fiquei doente só porque trabalho aqui, o trabalho pesou, mas eu tinha outros problemas na época. Comigo foi todo esse sofrimento que tem aqui se misturando com o meu, chegou uma hora que eu já não sabia se estava triste por causa dos meus problemas em casa ou se era por tudo que eu via aqui. Em algum lugar eu tinha que encontrar um pouco de tranquilidade e se em casa já não estava bem, como eu ia conseguir trabalhar aqui.” (E.5)</p> <p>“Por causa dos problemas em casa, eu não estava aguentando mais nem comigo, como ia aguentar o sofrimento dos pacientes. Eu misturava tudo, sonhava com a minha família e os pacientes, todos misturados, quando acordava via que era só um sonho, mas os meus sentimentos continuavam confusos, me sentia culpada porque não conseguia mais cuidar dos pacientes como antes e porque nunca me dediquei à minha família como eu dedicava ao trabalho.” (E.7)</p> <p>“Para mim a gota d’água para adoecer foram alguns problemas que eu estava tendo em casa, mas não é de hoje que eu já estava com problemas no trabalho, mas fui levando, só que quando juntou os problemas do trabalho</p>

		<p>com os de casa eu não tinha mais para onde fugir. Se antes eu saía daqui e ia para casa para esquecer tudo que via no plantão, quando comecei ter problemas em casa eu não tinha mais um tempo para descansar, não dava para eu me renovar e chegar bem para trabalhar no dia seguinte. Eu saía daqui mal, chegava em casa ficava pior ainda e no outro dia nem sei como conseguia trabalhar.” (E.8)</p>
Retorno ao Trabalho	Mudanças na Rotina de Trabalho	<p>“Quando eu retornei, vim com um laudo médico que dizia que eu tinha condições de voltar a trabalhar desde que eu não tivesse mais contato direto com os pacientes, pelo próprio INSS eu fui classificada como tendo um acidente de trabalho ou que o trabalho agravou meu quadro, algo assim, por isso eu vim direto para um setor administrativo.” (E.2)</p> <p>“Como o médico do SESMET não concordava com o meu retorno, ele fez uma carta informando a chefia que eu não podia ficar na assistência, pelo menos por enquanto, por isso que eu vim para esse setor, porque aqui eu tenho pouco contato com os pacientes e não tenho que fazer a parte dos cuidados que a gente faz na assistência. Mas mesmo assim, eu sinto que ainda devia estar em casa. Além disso, eu tive vários problemas aqui no hospital quando voltei, porque eu não voltei para a assistência e isso não é bom, parece que o funcionário voltou com alguma incapacidade, que nunca mais vai conseguir trabalhar direito, mas mesmo com tudo isso eu não quero voltar para a assistência, eu sei que eu não sirvo mais para trabalhar lá.” (E.7)</p> <p>“No meu caso, nem houve preocupação da chefia em saber se eu queria ir para outro setor ou se eu sentia que tinha condição de trabalhar aqui igual antes, só falaram que esse é o meu setor e que eu ficaria aqui mesmo. Mas as funções de confiança que eu tinha antes do afastamento me tiraram todas, quando eu percebi isso cheguei a falar que preferia mudar de setor, mas não adiantou, continuei aqui. Isso me fez perder toda a motivação para o trabalho, vi que perderam a confiança em mim e nunca mais vou voltar a fazer tudo que fazia antes, então para mim também tanto faz, não vejo motivo para ficar me esforçando, eu faço o que eu tiver que fazer e vou embora.” (E.6)</p>

		<p>“Depois de um tempo que eu tinha voltado, a chefia me chamou para conversar, falaram que eu não podia ter privilégios para sempre, que aos poucos eu tinha que ir pegando o resto do serviço para ficar na escala normal, como qualquer outro funcionário, então depois de um mês eu já estava trabalhando igual a todo mundo.” (E.8)</p>
Retorno ao Trabalho	Relacionamento com a Equipe	<p>“Quando eu voltei a trabalhar teve gente na equipe que me falou: ‘E aí, voltou das férias?’. Então, se pensam que eu estava de férias agora que eu voltei tenho que trabalhar dobrado, não posso ter menos tarefas que os outros. As pessoas não tem nenhuma noção do que é uma depressão, elas pensam que você “teve” aquele problema, não que você “tem” aquele problema, não sabem que é uma coisa que vai e volta, se voltou a trabalhar é porque está curado, a doença ficou para trás. Isso não é só a equipe, a gerência também não sabe como lidar com isso, na verdade, ninguém no hospital sabe como lidar com isso.” (E.6)</p> <p>“Eu acredito que, mais do que respeitar os limites das pessoas e mudar de setor depois de do afastamento, é necessário que se dê um voto de confiança dentro da equipe. Não adianta mudar de setor se não acreditar que a pessoa ainda é capaz de ser produtiva. Eu posso dizer que eu encontrei isso aqui nesse setor, com o tempo as pessoas estão vendo que eu estou me desenvolvendo, mas eu tenho colegas que foram mandados para outro setor para ‘parar de dar trabalho’, porque não confiavam mais no trabalho deles.” (E.2)</p> <p>“Se eu for fazer uma crítica de tudo que aconteceu quando eu voltei, eu acho que, não adianta conversar com o funcionário e tentar entender o que é melhor para ele se não trabalhar toda a equipe, porque na equipe ninguém entende o que aconteceu, nem porque o funcionário se afastou, nem porque as chefes estão tentando ajudar no retorno e isso acaba em muitos conflitos. Se os colegas cobram que você ajude mais no trabalho, se pedem para assumir pelo menos um paciente sozinha, então é porque não foi bem informado sobre como deveria ser esse período de adaptação.” (E.3)</p>

		<p>“Quando eu cheguei aqui nessa unidade ninguém me conhecia, não sabiam quem eu era, se antes do afastamento eu era boa funcionária ou não. Só sabiam que eu estava voltando de um afastamento por problemas emocionais e que ninguém podia ficar exigindo muito de mim. O problema é que desse jeito dava a impressão de que eu mal cheguei e já sou a protegida, já sou tratada diferente, sou melhor que todo mundo. De que adianta mudar de setor se a gente mal chega e já se vê nessa situação? Os outros funcionários não tem obrigação de saber dos problemas daquele que está chegando.” (E.5)</p>
Estigma da Doença Mental	O Pré-conceito da Doença Mental	<p>“As pessoas ainda não acreditam que essas doenças existem, falam ‘ele diz que está estressado’, ‘ele diz que está deprimido’. Pensam que quem se afasta por essas doenças, se afasta por luxo, porque todo mundo fica estressado ou deprimido alguma vez na vida. Eu acho que o preconceito existe até por parte da medicina do trabalho, porque se eu chegar lá passando mal, se eu estiver com uma dor, isso é visível, então o médico vai me mandar para casa, vai me dar dois dias de afastamento. Agora se eu estiver em um dia que eu sei que meu emocional não está bom, que eu posso brigar com alguém por qualquer motivo, que estou no meu limite e falar isso para o médico, ele não vai me mandar para casa, porque ninguém vê o que eu estou sentindo, não dá para identificar, mas eu consigo reconhecer esses dias e sei que é por causa da doença. Não respeitar isso e me mandar voltar para o trabalho já mostra que existe preconceito.” (E.1)</p> <p>“Depois da doença mental as pessoas te tratam diferente, parece que ficam “cheias de dedos”, que tem medo de te falar alguma coisa e a você surtar. Isso também tem a ver com o preconceito com quem é transferido, tem a ver com você não ser mais capaz de trabalhar no setor que ficava antes da doença porque é um desequilibrado. É como se tivessem te mandado para um setor que tem menos risco de você sair da linha, acham que é melhor deixar o funcionário ali porque não vai dar trabalho, ali ele passa despercebido.” (E.2)</p> <p>“Quando eu voltei do afastamento fui direto para a assistência, não voltei para o</p>

		<p>administrativo, dizem que isso não tinha nada a ver com a minha produtividade, pelo contrário, dizem que eu me saí muito bem no tempo que trabalhei lá. Então, por que eu não voltei para o mesmo setor? Porque não tive a chance de continuar lá? Eu fico pensando e acho que talvez seja porque meu problema não era físico, era mental. Acho que depois do afastamento não acreditavam mais que eu ainda tinha condições de trabalhar no setor administrativo, porque lá é um trabalho que usa só a mente, acho que perderam a confiança no meu trabalho, depois da doença eu não sirvo mais para trabalhar lá.” (E.4)</p> <p>“Não importa a doença, ninguém quer saber o que está acontecendo com você, funcionário bom é aquele que nunca traz problemas, mas para a doença mental eu acho que tem um problema a mais, ninguém nunca mais via te tratar igual, se você se afastar ‘já era’. Quando voltar, para uns você virou o louco e não vão mais confiar no seu trabalho, nem dar atenção para o que você fala. Agora para outros, doença mental não existe porque ninguém vê o que você está sentindo e justo quando o trabalho aperta bate a ansiedade, o desespero, aí também não é só que a doença não existe, é folga mesmo. Porque se justo quando mais precisam da sua ajuda você fica mal, não é doença, é corpo mole.” (E.5)</p>
Assistência à Saúde do Trabalhador	Atenção à Saúde Antes e Depois do Afastamento	<p>“Quando eu percebi que não estava bem, que eu precisava me tratar para continuar trabalhando eu marquei uma consulta com uma psiquiatra particular, fiquei sete meses me tratando sem que ninguém no hospital soubesse. Eu só procurei os médicos do hospital quando precisei do afastamento, enquanto pude eu aguentei sozinha. Aqui é assim, não tem assistência para quem está trabalhando, o hospital só te enxerga quando for afastado, porque aí a equipe vai ficar mais defasada ainda.” (E.3)</p> <p>“Eu tenho sorte de poder pagar por um tratamento, a real é que o atendimento médico para funcionários aqui, é só quando já chegou ao ponto de pedir para se afastar, antes nem tem como querer ser atendido, tem muito funcionário doente, então só vão atender quem já não pode mais ficar sem passar no médico. mas isso não é só com doença</p>

		<p>mental, para qualquer doença é assim. Aqui enquanto der a gente aguenta trabalhando, quando não dá mais ou se afasta ou pede as contas.” (E.5)</p> <p>“Quando eu voltei do afastamento eu fui muito bem atendida pelos médicos do trabalho, eu nem imaginava que podia receber tanta atenção deles como eu recebi, eles falaram que sempre que acontecer alguma coisa é para ir falar com eles, mas é impossível falar com eles, são muitas pessoas que eles tem para atender, tem que ter muita urgência para conseguir falar. Eu gostei do pessoal do SESMET, eles são pacientes, são compreensivos, mas eu sei que doença mental não é a área deles.” (E.6)</p>
Propostas de Intervenção	Adequação do Dimensionamento de Enfermagem	<p>“O máximo que daria para assumir de pacientes oncológicos seria uns quatro ou cinco, mas aqui a gente acaba assumindo seis ou sete. Na oncologia cinco pacientes já é muito e quando chega a seis, sete ou oito, não dá.” (E.1)</p> <p>“A sobrecarga aqui é muito grande, não tem como uma escala de um hospital de oncologia ser feita do mesmo jeito que de um hospital geral, não dá, o trabalho aqui é muito mais pesado, tanto os cuidados como conviver com o emocional dos pacientes.” (E.5)</p> <p>“As coisas seguem assim, nas escalas ficamos com pacientes demais e muito dependentes, com cuidados muito complexos, mas todo mundo vai aceitando. Eu me arrependo de quando estava na assistência nunca ter reclamado, na época eu devia ter falado que com aquela escala não dava para trabalhar, porque se todo mundo falasse iam ter que contratar mais funcionários, ou rever a divisão do serviço.” (E.7)</p>
Propostas de Intervenção	Trabalho em Equipe	<p>“Outra coisa que precisava ter para melhorar o momento do retorno de quem tem uma doença emocional, é um esclarecimento para os funcionários que nunca passaram por afastamento do que se tratam essas doenças, é preciso informar. Poderia ser palestras ou grupos para discussão, mas tinha que ter algo que levasse essas informações para as pessoas, porque as pessoas ainda acham que essas doenças não existem. Isso ia aumentar</p>

		<p>a compreensão e melhorar o relacionamento da equipe.” (E.2)</p> <p>“Eu acho que as chefes podiam fazer muito mais coisas quando a gente volta a trabalhar, porque as chefes não ficam na assistência, elas só ficam conduzindo a equipe, então eu acho que na hora do retorno elas tinham que estar mais presentes, para mim isso faz parte do trabalho delas. A chefia sabe tudo o que está acontecendo, para mim organizar a equipe é função delas, se acontece de ter preconceito e desentendimento no retorno, é porque ainda falta ter mais participação da chefia.” (E.5)</p> <p>“É difícil se relacionar no ambiente de trabalho, então para quê deixar os funcionários sem orientação? A chefia tem que assumir essa responsabilidade, tem que tentar melhorar as relações. Se a chefia acolhesse o funcionário como alguém que está precisando de uma nova oportunidade, a equipe também ia agir assim. Eu acho que nem as chefes sabem muito bem o que acontece com quem tem uma doença mental, mas elas precisam começar a entender essas doenças, é delas a responsabilidade de conscientizar as equipes, não dá para ficar fingindo que esse problema não existe, as pessoas vão ter que aprender a conviver com tudo isso.” (E.7)</p> <p>“Isso de ter privilégios quando a gente volta a trabalhar, acontece por causa do afastamento, porque é difícil retornar, mas quem está ali trabalhando no dia a dia da unidade não entende o porquê dessa diferença e aí já começam os conflitos, por isso cabe à gerência o papel de informar tudo isso, de preparar a equipe para receber o funcionário, de esclarecer, de orientar todo mundo antes do retorno.” (E.4)</p>
Propostas de Intervenção	Suporte aos Trabalhadores	<p>“Eu acho que precisava ter um profissional para a gente, para procurar quando tem necessidade de desabafar, muito do que acontece, do sofrimento do funcionário é de ter que aguentar tudo sozinho, em silêncio, precisava de alguém aqui só para ouvir o funcionário.” (E.1)</p> <p>“Talvez as pessoas sintam falta de ter uma atenção maior aqui dentro, tem colegas que</p>

		<p>reclamam disso, mas eu sempre aconselho a buscar ajuda, se o hospital não tem psiquiatra tem que ir atrás disso sozinho, eu dou o exemplo de mim mesma, porque mesmo tendo ajuda eu não aguentei, não dá para ficar sem acompanhamento.” (E.2)</p> <p>“Precisava de um psiquiatra trabalhando junto com o SESMET, para atender a gente. Eles fazem tudo que podem para ajudar, mas tratamento mesmo precisa ser com um especialista, tem que ser com um psiquiatra, infelizmente a gente não tem esse atendimento aqui dentro, então acaba tendo que fazer o tratamento por fora.” (E.6)</p>
--	--	---

Dentre essas categorias emergiram temas, que permitem apreender a exposição dos trabalhadores às cargas de trabalho, em especial as cargas psíquicas, o que denota a necessidade de compreensão das categorias de análise do presente estudo sob o enfoque da relação trabalho-saúde.

5.2.1 CATEGORIA CONDIÇÕES DE TRABALHO

A categoria **Condições de Trabalho** agregou os seguintes temas: Divisão de trabalho; Sobrecarga emocional no cuidado ao paciente.

A discussão das condições de trabalho em relação à forma como se dá a sua divisão é apontada pelos trabalhadores de enfermagem, como geradora de cansaço, sobrecarga, esgotamento profissional, além de se tornar evidente a relação destas condições de trabalho com a escassez de trabalhadores nas equipes e inadequações no dimensionamento de pessoal.

Quanto à divisão de trabalho as falas apontam que:

“Na assistência a gente fica muito sobrecarregado, não importa o número de pacientes, porque o paciente oncológico precisa de muitos cuidados, ele é muito dependente. Eu já trabalhei em unidades de internação em outros hospitais, já cheguei a assumir mais de oito

pacientes por plantão e conseguir dar conta, ficava cansado sim, mas não era igual aqui.” (E.1)

“O trabalho aqui é muito pesado porque o paciente depende da gente o tempo todo para tudo, não tem praticamente nada que eles consigam fazer sozinhos, então se faltar uma única pessoa a equipe já fica sobrecarregada. Mesmo com a equipe completa o trabalho é muito desgastante. O resultado disso não é só ter cada vez mais funcionários doentes, é daí que vez os erros no trabalho, principalmente os de medicação.” (E.3)

“Eu acho que na oncologia uma pessoa ter que cuidar de cinco a sete pacientes já é demais, só que aqui todo mundo aguenta calado até ficar doente. Isso é ruim, porque na verdade ninguém está aguentando trabalhar, está todo mundo esgotado, mas para não criar caso fica quieto, finge que está tudo bem.” (E.7)

“Nesse hospital já tem o problema do trabalho em oncologia ser mais pesado, já tem o problema que a equipe está sempre desfalcada, mas também tem o problema de dividir mal os pacientes, dava para distribuir de um jeito que não sobrecarregasse tanto, mas as chefes tem pouco contato com os pacientes, às vezes nem percebem que a divisão da escala foi injusta. Aí dá nisso, todo mundo sobrecarregado, uns dias mais, outros menos e assim a gente vai levando, até o dia que não aguenta mais porque já está doente.” (E.8)

Dentre as condições de trabalho vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano profissional, as que mais parecem estar relacionadas com o adoecimento mental são a sobrecargas de trabalho, devido ao alto grau de dependência dos pacientes e a excessiva quantidade de procedimentos que precisam ser realizados. As falas evidenciam que a divisão de trabalho não é adequada, de acordo com as necessidades e grau de dependência dos pacientes oncológicos. Os mesmos critérios de divisão de trabalho utilizados em um hospital geral são mantidos na assistência em oncologia, caracterizando assim um trabalho de ritmo intenso e acelerado, que sobrecarrega e esgota o trabalhador em suas energias vitais. Os trabalhadores relacionam, ainda, estas condições de trabalho como não apenas ao adoecimento, mas também aos erros cometidos na assistência prestada ao paciente. Observa-se pelos relatos que é grande a exposição do trabalhador de enfermagem em oncologia às cargas fisiológicas e psíquicas. Essas cargas expõem o trabalhador ao desgaste do corpo físico e mental, na medida em que

promovem o cansaço, fadiga, estresse e falta de concentração. As falas mostram a peculiaridade de exposição à essas cargas no cuidado do paciente oncológico, pela sobrecarga a que estão submetidos.

Ao avaliar a problemática do dimensionamento citado como inadequado para o trabalho de enfermagem em oncologia, pode-se pensar em uma questão mais ampla, que é a dificuldade de se realizar um dimensionamento de enfermagem adequado às particularidade de cada tipo de serviço de saúde (Fugulin, Gaidzinski, Castilho, 2010).

Atualmente a efetivação de um dimensionamento de pessoal que venha a atender, tanto às necessidades assistenciais dos pacientes, quanto o tempo médio necessário para que o profissional de enfermagem preste uma assistência adequada, é uma dos maiores entraves do gerenciamento da equipe de enfermagem. As características dos cuidados de enfermagem prestados diferem de acordo com a instituição e de acordo com cada unidade dentro de uma mesma instituição, sendo que desta forma, o dimensionamento mais adequado seria aquele baseado no padrão de assistência que se pretende prestar (Fugulin, Gaidzinski, Castilho, 2010).

Há que se levar em conta, ainda, que a categoria de pacientes de alta dependência, não é considerada pela Resolução COFEN nº 293/04, que indica os parâmetros para cálculo de horas mínimas de necessária para realização da assistência segundo cada tipo de cuidado prestado (Fugulin, Gaidzinski, Castilho, 2010). Assim, apesar do relato dos trabalhadores indicar que na oncologia os cuidados de enfermagem requerem, ainda, mais tempo de assistência, quando comparados ao cuidado em outras especialidades de um hospital geral, não possuem proteção legal para tanto.

Segundo pesquisa realizada com profissionais de enfermagem oncológica, esta é uma área da enfermagem que efetivamente apresenta sobrecarga de trabalho, indicando a necessidade de revisão do quantitativo desses profissionais, para que se possa garantir que a

assistência ao paciente esteja sendo prestada de maneira adequada e a fim de preservar a saúde física e mental dos profissionais de enfermagem (Possari, 2011).

Estudo aponta que por vezes pacientes que requerem cuidados de alta dependência e, portanto, deveriam estar em unidades de tratamento intensivo, encontram-se em unidades de internação destinadas a pacientes que demandam cuidados de enfermagem de nível intermediário (Brito e Guirardello, 2012). Este dado mostra a necessidade de um melhor gerenciamento não só no que diz respeito ao dimensionamento da equipe, mas também, na triagem e alocação dos pacientes, a fim de oferecer melhores condições de trabalho para os profissionais e de assistência para os pacientes.

Outro tema evidenciado na categoria condições de trabalho foi a sobrecarga emocional envolvida no cuidado ao paciente oncológico:

“A gente fica o dia todo ali do lado do paciente, todos os dias e toda hora entra no quarto, só que não é para ficar 15 minutos e ir embora, é para ficar ali cuidando. Como não dá para ir embora, como nosso trabalho é ali dentro do quarto, do lado do leito, não tem como não ouvir o que eles têm para dizer. Se você não quiser ouvir naquela hora vai ouvir depois, quando fizer um curativo ou der um banho, não tem como fugir disso, é com a enfermagem que eles desabafam.” (E.1)

“Aqui os pacientes estão morrendo, não dá para cortar a conversa e virar as costas, eles precisam falar, pode ser a última vez que vão se abrir com alguém. Se a gente não escuta, eles ficam pior ainda do que já estavam, parece que falar alivia o sofrimento. Mas aguentar tudo isso não é fácil.” (E.5)

“A gente cuida, ouve, se envolve e na maioria das vezes acaba vendo morrer, é muito raro um caso de paciente que tem alta. Muitas vezes a gente sabe que vai morrer que não tem mais jeito, mas tem que ficar ali do lado dando força, dando esperança. Eu acho até que a sobrecarga emocional de ter que lidar com tantos óbitos, quase diariamente, é mais pesada do que a rotina de trabalho.” (E.1)

“Trabalhar em oncologia é muito pesado, o paciente chega aqui num estado que nem dá para ter muita esperança de melhora,

mas mesmo assim a gente cuida, faz de tudo para aliviar o sofrimento, só que quando vê ele já foi, assim de uma hora para outra morre, não tem quem aguarde trabalhar assim a vida inteira.”
(E.8)

Outra condição de trabalho citada pelos entrevistados como característica da oncologia e que poderia ser considerada como a mais preponderante para o adoecimento mental, é a necessidade de lidar com a frequente incidência de morte dos pacientes, além de conviver com os sentimentos negativos que o paciente vivencia durante o tratamento oncológico e lidar com o abalo emocional da família perante a morte e a internação.

Segundo Salomé (2009), a cultura ocidental atual tem evitado discutir temas relacionados à morte, uma vez que este tema desafia o sentimento humano de onipotência perante a vida, trazendo à tona a questão da finitude humana. No entanto, os profissionais de saúde que atuam em oncologia lidam com a morte de seus pacientes em seu dia a dia, suscitando sentimentos de perda, tristeza e medo. Diante desta perspectiva sentimentos de fracasso e impotência, também podem ser despertados, pois a morte do paciente remete ao compromisso profissional de preservação da vida. Assim, à medida que os cuidados prestados aos pacientes não são capazes de garantir a preservação da vida, os profissionais de saúde são acometidos por sentimentos de angústia (Salomé, 2009).

De acordo com estudo (Rodrigues e Chaves, 2008) realizado com enfermeiros atuantes em oncologia, o fator considerado como mais estressante no cotidiano de trabalho é lidar com o óbito dos pacientes, seguido por situações de emergência, problemas de relacionamento com a equipe de enfermagem e situações relacionadas ao processo de trabalho, sendo estes fatores considerados como potenciais desencadeadores de esgotamento profissional. Estes dados corroboram com os relatos obtidos durante as entrevistas, apontando

que o contato frequente com a morte e o sofrimento podem levar ao adoecimento pelo trabalho.

O trabalhador de enfermagem tem um contato mais constante com os pacientes do que os outros profissionais de saúde, presenciando as situações em que pacientes e familiares buscam respostas e esperanças e acompanhando de perto a ambivalência de sentimentos que marcam estas vivências (Kovács, 2010). Outro fator lembrado no mesmo estudo, que interfere diretamente nas condições de saúde do trabalhador de enfermagem, é a impossibilidade de elaboração do luto diante da perda de pacientes, pois em sua formação o profissional de saúde é treinado para encarar o contato com a vida e a morte do ponto de vista técnico das doenças, não se permitindo o contato com os pacientes enquanto pessoas e conseqüentemente, não refletindo nem discutindo sobre os aspectos afetivos e cognitivos que envolvem esta relação. Essa situação gera um sentimento de ambivalência, pois para prestar o cuidado o trabalhador precisa de proximidade e envolvimento com o paciente para perceber suas necessidades (Kovács, 2010).

A estas características do trabalho de enfermagem soma-se o número insuficiente de trabalhadores nas equipes e os desgastes de trabalhar por escala, causando uma sobrecarga afetiva, ainda maior, nestes profissionais.

5.2.2 CATEGORIA AFASTAMENTO DO TRABALHO

Esta categoria explorou as situações do cotidiano de trabalho e da vida pessoal que os trabalhadores enfrentavam na época do afastamento do trabalho e as possíveis relações com o adoecimento psíquico. Os temas encontrados para essa categoria foram: motivos para o adoecimento; problemas pessoais versus trabalho.

Sobre os motivos para o adoecimento pode-se observar:

“Quando eu vim trabalhar aqui, eu já tinha passado por um afastamento em outro hospital, pelo mesmo motivo. Eu trabalho já tem onze anos na área de enfermagem, mas a doença só começou quando eu fui trabalhar na oncologia, foi na quimioterapia que eu não aguentei, que eu tive que pedir afastamento. As pessoas chegam para ser atendidas em estágios muito avançados da doença, já chegam com poucas chances de sobreviver, trabalhar nisso dia após dia foi me fazendo mal, há tempos eu faço tratamento, mas chegou uma hora em que o remédio já não fazia efeito, eu não dormia mais e chorava no trabalho, às vezes chorava até na frente dos pacientes.” (E.2)

“O câncer é uma doença cruel, ninguém aguenta trabalhar com isso sem se envolver, eu não queria mais viver essa rotina, não queria mais ver ninguém sofrendo, fiquei uns quatro meses assim, não queria mais vir para o hospital e quando chegava aqui tinha vontade de chorar o tempo todo, foi quando vi que precisava de ajuda e comecei a me tratar com uma psiquiatra. Ainda aguentei mais sete meses trabalhando enquanto me tratava, mas chegou uma hora que não conseguia mais trabalhar, nem com o tratamento, eu não dava mais conta do serviço, foi quando eu entrei no afastamento.” (E.3)

“O mais difícil era que além de ter problemas em casa, quando eu chegava aqui via os pacientes nesse estado, o emocional tem que estar muito bom para cuidar deles, se não a gente se afunda junto. Eu acho que se eu não estivesse trabalhando aqui eu não tinha ficado doente. Quando eu não aguentei mais, vi que precisava ficar longe disso tudo, precisava de um tempo eu pedi afastamento. Nesse tempo eu vi que por mais que as coisas não estivessem bem em casa, trabalhar aqui é que me deixava pior, porque nesse tempo de afastamento o que eu fiz foi ficar em casa, com os mesmos problemas de casa e mesmo assim eu melhorei. Por isso pedi demissão, eu não quero ficar doente de novo e tenho medo disso acontecer se eu continuar trabalhando aqui. Essa é a minha última semana trabalhando aqui.” (E.5)

“Como eu já não estava bem, ficar aqui na oncologia era muito difícil, a oncologia é um ambiente pesado, é difícil não se sensibilizar com os pacientes. Eu fui percebendo que com o passar do tempo eu ia ficando cada vez mais desanimada, mais desmotivada, achava o ambiente de trabalho cada vez mais complicado, tinha cada vez mais dificuldade para lidar com as pessoas e com o tempo foi ficando mais difícil de aguentar.” (E.8)

Os trabalhadores relatam, em última instância, o contato com os pacientes oncológicos como motivos para o desencadeamento ou piora do adoecimento mental. Relatam também, a dificuldade de suportar os

sentimentos advindos do cuidado prestado a estes pacientes, muitas vezes aliado aos problemas familiares.

Os sentimentos vivenciados pelos trabalhadores impactam no seu aparelho mental causando sofrimento psíquico. Referem o estresse que vivenciam e o quanto tentam, e não conseguem, acessar estratégias de enfrentamento. Não identificam o processo de desgaste que está ocorrendo e, sim, somente quando este se concretiza no adoecimento mental, com necessidade de afastamento. Esse processo de desgaste é identificado pelo choro, pela dificuldade de trabalhar, pelo descontrole emocional.

Quanto aos sentimentos despertados nos trabalhadores em sua relação com o trabalho na época do afastamento, um dos relatos mais recorrentes foi de se sentir desmotivado para o trabalho e perceber a necessidade de deixar de prestar assistência aos pacientes. Outro dado relevante foi a percepção dos trabalhadores de que apresentavam certo “descontrole emocional” na época do afastamento, com constante desejo de não permanecer no ambiente de trabalho e frequentes crises de choro. No entanto, mesmo com a percepção de estarem com o emocional fragilizado, os entrevistados ainda permaneceram trabalhando por algum tempo e só se afastaram do trabalho quando já não conseguiam mais realizar suas tarefas.

Na área de enfermagem em oncologia, na maioria das vezes, o profissional só conhece esta realidade de trabalho através da atuação. Assim, é no decorrer do trabalho que haverá contato com as especificidades da oncologia consideradas como estressantes, como os óbitos e a relação do profissional com o paciente e seus familiares. Em decorrência, por vezes os profissionais acabam desenvolvendo esgotamento profissional (*burnout*), o que interfere diretamente na qualidade da assistência prestada aos pacientes (Rodrigues e Chaves, 2008).

O *Burnout*, também chamado de esgotamento profissional, pois se caracteriza pelo esgotamento da energia e recursos psíquicos do indivíduo, tendo maior prevalência em trabalhadores que atuam em contato direto com pessoas e tem como sintomas: perda de sentido do trabalho para o trabalhador, levando-o a acreditar que tudo o que executa é inútil e perda de interesse e motivação pelo trabalho (Codo e Vasques-Menezes, 1999; Codo e Vasques-Menezes, 2000).

No esgotamento profissional (*burnout*) em profissionais de saúde, a exaustão emocional é caracterizada além da falta de energia e entusiasmo, pelo sentimento de frustração e tensão, advindos da percepção de não se ter mais as mesmas condições de prestar assistência aos pacientes. Há ainda o desenvolvimento de insensibilidade emocional, o que leva o profissional a ter certa indiferença em sua relação com colegas de trabalho e pacientes. Além da diminuição da realização profissional, tornando o profissional insatisfeito e infeliz com sua atuação e conseqüentemente, havendo uma queda em sua aptidão para o trabalho e sua capacidade de interação social (Moreno et al., 2011).

Ao analisar os relatos dos trabalhadores, é possível perceber que eles vão ao encontro dos dados encontrados na literatura no que se refere às relações entre adoecimento mental e trabalho, evidenciando que se em um primeiro momento o profissional busca enfrentar as dificuldades de seu cotidiano de trabalho e, em um segundo, o profissional acaba por tentar evitar qualquer contato com sua atuação profissional.

Segundo a psicodinâmica do trabalho, é a relação que se estabelece com o trabalho que determina as condições psíquicas do trabalhador, pois um trabalho fatigante gera insatisfação, além de não permitir que a energia psíquica seja empregada de maneira adequada (Dejours, 1994).

A fim de compreender quais aspectos da vida pessoal dos entrevistados poderiam estar interligados ao adoecimento psíquico, destacaram-se os relatos a seguir:

“Não dá para dizer que eu fiquei doente só porque trabalho aqui, o trabalho pesou, mas eu tinha outros problemas na época. Comigo foi todo esse sofrimento que tem aqui se misturando com o meu, chegou uma hora que eu já não sabia se estava triste por causa dos meus problemas em casa ou se era por tudo que eu via aqui. Em algum lugar eu tinha que encontrar um pouco de tranquilidade e se em casa já não estava bem, como eu ia conseguir trabalhar aqui.” (E.5)

“Por causa dos problemas em casa, eu não estava aguentando mais nem comigo, como ia aguentar o sofrimento dos pacientes. Eu misturava tudo, sonhava com a minha família e os pacientes, todos misturados, quando acordava via que era só um sonho, mas os meus sentimentos continuavam confusos, me sentia culpada porque não conseguia mais cuidar dos pacientes como antes e porque nunca me dediquei à minha família como eu dedicava ao trabalho.” (E.7)

“Para mim a gota d’água para adoecer foram alguns problemas que eu estava tendo em casa, mas não é de hoje que eu já estava com problemas no trabalho, mas fui levando, só que quando juntou os problemas do trabalho com os de casa eu não tinha mais para onde fugir. Se antes eu saía daqui e ia para casa para esquecer tudo que via no plantão, quando comecei ter problemas em casa eu não tinha mais um tempo para descansar, não dava para eu me renovar e chegar bem para trabalhar no dia seguinte. Eu saía daqui mal, chegava em casa ficava pior ainda e no outro dia nem sei como conseguia trabalhar.” (E.8)

Neste Tema, a grande maioria dos entrevistados demonstra que há relação entre as situações de vida pessoal e o adoecimento. Relatam que viviam problemas pessoais na época do afastamento e que foi a somatória destes problemas com a necessidade de lidar com o sofrimento dos pacientes, que tornou o cotidiano de trabalho ainda mais difícil.

Esses relatos mostram que o adoecimento não é fruto específico do trabalho e, sim, na sua composição com os momentos de vida privada. Assim como o trabalhador não “fecha a porta” quando entra no hospital e deixa os problemas familiares do lado de fora. Essa visão

parcializada do processo de adoecimento leva as instituições de saúde não reconhecerem o quanto são geradoras de problemas de saúde e, portanto, não se responsabilizarem pela sua prevenção.

Silva e Massarollo (1998) argumentam como o trabalhador de enfermagem adoece, ao vivenciar os momentos de vida social e de trabalho. Isto se deve às exigências que, tanto a vida pessoal como profissional, impõe ao indivíduo, gerando sofrimento físico e mental decorrentes dos constantes processos adaptativos necessários para atender a essas necessidades (Dejours, 1988).

Considerando-se que os fatores que determinam o processo saúde-doença em cada momento histórico, é a forma de expressão concreta do contexto social vigente (Laurell e Noriega, 1989), pode-se aplicar este conceito ao desenvolvimento dos transtornos mentais.

A doença mental é influenciada pelo contexto histórico da sociedade em que se desenvolve e a relação entre trabalho e doença mental, também vai se articulando e tomando novas formas ao se manifestar. A vida do indivíduo, sua relação com o trabalho e seus projetos de vida vão se alterando com construção de sua identidade ocupacional, independente da ocorrência de transtornos mentais, portanto, é de acordo com a história de vida individual que se estabelecem as possibilidades e limites de desenvolvimento profissional (Ribeiro, 2009).

Assim, o desenvolvimento de doenças mentais decorre da exposição à fatores biopsicossociais e, portanto, são geradas no contexto social pela forma de inserção do indivíduo no trabalho, envolvendo características tanto de sua vida pessoal, como de seu cotidiano de trabalho. Os relatos dos entrevistados coincidem com a literatura, mostrando que o contexto da vida pessoal na época do afastamento, colaborou para o adoecimento. Destacando-se ainda que, para o desenvolvimento da doença, foi atribuído um peso maior às dificuldades enfrentadas no ambiente de trabalho.

5.2.3 CATEGORIA RETORNO AO TRABALHO

Esta categoria teve o propósito de compreender através dos temas de mudanças na rotina de trabalho e relacionamento com a equipe, quais as possíveis dificuldades encontradas para o retorno ao trabalho após afastamento por transtornos mentais.

Sobre as mudanças na rotina de trabalho destacaram-se:

“Quando eu retornei, vim com um laudo médico que dizia que eu tinha condições de voltar a trabalhar desde que eu não tivesse mais contato direto com os pacientes, pelo próprio INSS eu fui classificada como tendo um acidente de trabalho ou que o trabalho agravou meu quadro, algo assim, por isso eu vim direto para um setor administrativo.” (E.2)

“Como o médico do SESMET não concordava com o meu retorno, ele fez uma carta informando a chefia que eu não podia ficar na assistência, pelo menos por enquanto, por isso que eu vim para esse setor, porque aqui eu tenho pouco contato com os pacientes e não tenho que fazer a parte dos cuidados que a gente faz na assistência. Mas mesmo assim, eu sinto que ainda devia estar em casa. Além disso, eu tive vários problemas aqui no hospital quando voltei, porque eu não voltei para a assistência e isso não é bom, parece que o funcionário voltou com alguma incapacidade, que nunca mais vai conseguir trabalhar direito, mas mesmo com tudo isso eu não quero voltar para a assistência, eu sei que eu não sirvo mais para trabalhar lá.” (E.7)

“No meu caso, nem houve preocupação da chefia em saber se eu queria ir para outro setor ou se eu sentia que tinha condição de trabalhar aqui igual antes, só falaram que esse é o meu setor e que eu ficaria aqui mesmo. Mas as funções de confiança que eu tinha antes do afastamento me tiraram todas, quando eu percebi isso cheguei a falar que preferia mudar de setor, mas não adiantou, continuei aqui. Isso me fez perder toda a motivação para o trabalho, vi que perderam a confiança em mim e nunca mais vou voltar a fazer tudo que fazia antes, então para mim também tanto faz, não vejo motivo para ficar me esforçando, eu faço o que eu tiver que fazer e vou embora.” (E.6)

“Depois de um tempo que eu tinha voltado, a chefia me chamou para conversar, falaram que eu não podia ter privilégios para sempre, que aos poucos eu tinha que ir pegando o resto do serviço para ficar na escala normal, como qualquer outro funcionário, então depois de um mês eu já estava trabalhando igual a todo mundo.” (E.8)

Os relatos referentes a este tema mencionam, principalmente, a necessidade de não voltar a trabalhar na assistência direta ao paciente após o retorno, pensando-se na alternativa de uma possível transferência para outro setor. Este relato aparece de várias formas, hora como uma necessidade do próprio trabalhador, hora como algo identificado pela gerência do hospital e em alguns casos, até mesmo como uma indicação da medicina do trabalho. Ainda, no que tange este tema, surgiram relatos que identificam a necessidade de não iniciar o trabalho com a mesma dinâmica dos outros membros da equipe logo após o retorno, mas de permanecer um tempo apenas auxiliando os colegas de trabalho, a fim de reestabelecer a segurança que sentiam antes do afastamento, para então atuar novamente.

Retomando o conceito de carga de trabalho psíquica (Laurell e Noriega, 1989) como caracterizada pela prestação de cuidados aos pacientes e realização de atividades que levam à fadiga, tensão e estresse e de carga de trabalho mental (Dejours, 1994) como de caráter afetivo e relacional é possível compreender os motivos que levam os trabalhadores de enfermagem, as chefias e as equipes médicas a tentarem evitar que o trabalhador volte a exercer as mesmas atividades de antes do afastamento. Retornar à assistência de enfermagem em oncologia significa colocar os trabalhadores em contato direto com as mesmas cargas de trabalho que foram determinantes para o seu adoecimento. Nesse sentido, prevê-se que o trabalhador vai pior, cada vez mais, e demandar outros afastamentos.

Por outro lado, apesar de, no momento do retorno ao trabalho, por vezes, o trabalhador de enfermagem se ver exercendo atividades incompatíveis com seu estado de saúde e recomendações médicas, quando transferido para outra atividade, que não envolva a assistência direta ao paciente, muitos se sentem ainda mais fragilizados. Isto ocorre mesmo que esta mudança acarrete em diminuição de seus sintomas e se deve, principalmente, ao fato de não se sentirem preparados para

executar a nova tarefa, ou se sentirem pouco valorizados ao deixar de realizar uma atividade que envolve o cuidado com o outro, para exercer uma tarefa mais simples (Silva, 2012).

Os relatos mostram o quanto os trabalhadores ainda não estão em perfeitas condições de saúde quando retornam ao trabalho. Um dos fatores que podem interferir nessa situação são as dificuldades encontradas no atendimento oferecido pelo INSS ao profissional afastado, resultando em uma reabilitação que consiste apenas em encaminhar o profissional de volta para a empresa, com a designação das atividades que está apto a desenvolver, sem que haja uma política que permita a integração plena do trabalhador em seu ambiente de trabalho (Simonelli et al, 2010; Maeno, Takahashi, Lima, 2009).

Por outro lado, quando após o retorno o profissional passa a exercer uma atividade diferente daquele em que sempre atuou ou em que possui formação e qualificação profissional, o trabalho pode se tornar mecânico e desprovido de significado para o trabalhador. Segundo Dejours (1994), este distanciamento entre a concepção e a execução do trabalho, pode gerar estresse no profissional.

No retorno, o trabalhador também enfrenta as dificuldades para voltar a atuar dentro da equipe de enfermagem, os relatos mostram o quanto o “rótulo” da doença mental dificulta a retomada do trabalho em grupo, havendo comprometimento da confiança na capacidade do profissional e desconhecimento e incompreensão da cronicidade dos transtornos mentais.

“Quando eu voltei a trabalhar teve gente na equipe que me falou: ‘E aí, voltou das férias?’. Então, se pensam que eu estava de férias agora que eu voltei tenho que trabalhar dobrado, não posso ter menos tarefas que os outros. As pessoas não tem nenhuma noção do que é uma depressão, elas pensam que você “teve” aquele problema, não que você “tem” aquele problema, não sabem que é uma coisa que vai e volta, se voltou a trabalhar é porque está curado, a doença ficou para trás. Isso não é só a equipe, a gerência também não sabe como lidar com isso, na verdade, ninguém no hospital sabe como lidar com isso.” (E.6)

“Eu acredito que, mais do que respeitar os limites das pessoas e mudar de setor depois de do afastamento, é necessário que se dê um voto de confiança dentro da equipe. Não adianta mudar de setor se não acreditar que a pessoa ainda é capaz de ser produtiva. Eu posso dizer que eu encontrei isso aqui nesse setor, com o tempo as pessoas estão vendo que eu estou me desenvolvendo, mas eu tenho colegas que foram mandados para outro setor para ‘parar de dar trabalho’, porque não confiavam mais no trabalho deles.” (E.2)

“Se eu for fazer uma crítica de tudo que aconteceu quando eu voltei, eu acho que, não adianta conversar com o funcionário e tentar entender o que é melhor para ele se não trabalhar toda a equipe, porque na equipe ninguém entende o que aconteceu, nem porque o funcionário se afastou, nem porque as chefes estão tentando ajudar no retorno e isso acaba em muitos conflitos. Se os colegas cobram que você ajude mais no trabalho, se pedem para assumir pelo menos um paciente sozinha, então é porque não foi bem informado sobre como deveria ser esse período de adaptação.” (E.3)

“Quando eu cheguei aqui nessa unidade ninguém me conhecia, não sabiam quem eu era, se antes do afastamento eu era boa funcionária ou não. Só sabiam que eu estava voltando de um afastamento por problemas emocionais e que ninguém podia ficar exigindo muito de mim. O problema é que desse jeito dava a impressão de que eu mal cheguei e já sou a protegida, já sou tratada diferente, sou melhor que todo mundo. De que adianta mudar de setor se a gente mal chega e já se vê nessa situação? Os outros funcionários não tem obrigação de saber dos problemas daquele que está chegando.” (E.5)

Na abordagem deste tema, o relato mais recorrente foi sobre a dificuldade que a equipe tem de compreender que, quando o trabalhador retorna, precisa de uma rotina de trabalho diferente dos outros, para que possa se adaptar novamente ao cotidiano de trabalho. Os relatos mostram que, por vezes, a equipe vê aquele que retorna como alguém que estava afastado descansando e que ao voltar para o trabalho quer ter privilégios, não percebendo que este trabalhador estava afastado para se recuperar de uma doença e que ao retornar precisa de cuidados. A doença mental não tem a concretude da doença física e, ao envolver a psique do sujeito, não é facilmente percebida. Outro problema citado que só vem a agravar esta situação é a alta rotatividade de funcionários do hospital, gerando uma situação em que

aquele que retorna, por vezes, encontra uma nova equipe, que desconhece como era a sua capacidade para o trabalho antes do afastamento.

O trabalho de enfermagem em ambiente hospitalar é predominantemente realizado em equipe, dessa forma existe uma dependência mútua para a realização das tarefas. Porém, nem todos conseguem manter essa coesão no trabalho quando se deparam com as dificuldades daquele que retorna, muitas vezes por preconceito diante da condição do outro, de não conseguir mais trabalhar da mesma maneira de antes do adoecimento (Silmar, 2012).

Assim, com o retorno, o trabalhador passa a viver novamente suas relações de trabalho em grupo e se defronta com as expectativas da instituição para com o seu desempenho profissional. Estas relações, por vezes, são marcadas por incompreensões quanto ao adoecimento levando os trabalhadores, na busca pela reinserção em seu grupo de trabalho, a exercerem atividades que o prejudicam ainda mais (Silva, 2012).

Neste contexto, o gerenciamento em enfermagem no exercício da função supervisão por parte das chefias e os enfermeiros de educação continuada podem exercer um papel fundamental como facilitadores do retorno ao trabalho. Na gerência, às chefias cabe observar, supervisionar e coordenar a sua equipe de modo integral e integrador e à educação continuada, cabe identificar dificuldades da organização do trabalho, atuando de forma a minimizá-las por meio da educação permanente (Batista, Juliani, Ayres, 2010).

5.2.4 CATEGORIA ESTIGMA DA DOENÇA MENTAL

Outra questão abordada ao longo da entrevista foi em relação aos possíveis preconceitos existentes no ambiente de trabalho perante

aqueles que desenvolvem um transtorno mental, a qual será discutida a seguir:

“As pessoas ainda não acreditam que essas doenças existem, falam ‘ele diz que está estressado’, ‘ele diz que está deprimido’. Pensam que quem se afasta por essas doenças, se afasta por luxo, porque todo mundo fica estressado ou deprimido alguma vez na vida. Eu acho que o preconceito existe até por parte da medicina do trabalho, porque se eu chegar lá passando mal, se eu estiver com uma dor, isso é visível, então o médico vai me mandar para casa, vai me dar dois dias de afastamento. Agora se eu estiver em um dia que eu sei que meu emocional não está bom, que eu posso brigar com alguém por qualquer motivo, que estou no meu limite e falar isso para o médico, ele não vai me mandar para casa, porque ninguém vê o que eu estou sentindo, não dá para identificar, mas eu consigo reconhecer esses dias e sei que é por causa da doença. Não respeitar isso e me mandar voltar para o trabalho já mostra que existe preconceito.” (E.1)

“Depois da doença mental as pessoas te tratam diferente, parece que ficam “cheias de dedos”, que tem medo de te falar alguma coisa e a você surtar. Isso também tem a ver com o preconceito com quem é transferido, tem a ver com você não ser mais capaz de trabalhar no setor que ficava antes da doença porque é um desequilibrado. É como se tivessem te mandado para um setor que tem menos risco de você sair da linha, acham que é melhor deixar o funcionário ali porque não vai dar trabalho, ali ele passa despercebido.” (E.2)

“Quando eu voltei do afastamento fui direto para a assistência, não voltei para o administrativo, dizem que isso não tinha nada a ver com a minha produtividade, pelo contrário, dizem que eu me saí muito bem no tempo que trabalhei lá. Então, por que eu não voltei para o mesmo setor? Porque não tive a chance de continuar lá? Eu fico pensando e acho que talvez seja porque meu problema não era físico, era mental. Acho que depois do afastamento não acreditavam mais que eu ainda tinha condições de trabalhar no setor administrativo, porque lá é um trabalho que usa só a mente, acho que perderam a confiança no meu trabalho, depois da doença eu não sirvo mais para trabalhar lá.” (E.4)

“Não importa a doença, ninguém quer saber o que está acontecendo com você, funcionário bom é aquele que nunca traz problemas, mas para a doença mental eu acho que tem um problema a mais, ninguém nunca mais via te tratar igual, se você se afastar ‘já era’. Quando voltar, para uns você virou o louco e não vão mais confiar no seu trabalho, nem dar atenção para o que você fala. Agora para outros, doença mental não existe porque ninguém vê o que você está sentindo e justo quando o trabalho aperta bate a ansiedade, o desespero, aí também não é só que a doença não existe, é folga mesmo. Porque se justo quando mais precisam da sua ajuda você fica mal, não é doença, é corpo mole.” (E.5)

De acordo com os relatos dos entrevistados, o estigma da doença mental se divide entre dois pensamentos distintos e extremos por parte daqueles que convivem com os portadores destas doenças. De um lado, estão aqueles que não acreditam na existência desta categoria de doenças, pensam que se alguém se considerar doente por estar estressado ou depressivo é “frescura”, sendo que o fato da doença mental não ser algo palpável como uma doença física, dificulta ainda mais esta compreensão. Do outro lado estão aqueles que acreditam nestas doenças, mas que tem preconceitos com seus portadores, julgando-os como “loucos”, perdendo a confiança e temendo suas atitudes.

Os relatos dos entrevistados corroboram a literatura encontrada sobre o tema. Retomando as ideias de Goffman (1975), o isolamento, a desaprovação e a rejeição social são características presentes na vida em sociedade do doente mental, que sofrem com descrédito e inaceitação em suas relações, levando-os a tentar esconder a doença devido a sentimentos de vergonha e inferioridade.

Nas relações de trabalho isto se mostra ainda mais presente, pois gera desigualdade em relação às oportunidades de emprego e carreira, uma vez que aqueles que não possuem transtornos mentais terão acesso às melhores vagas. Além de, passar por um afastamento, o portador de transtorno mental encontra hostilidade e diminuição da confiança em seu trabalho no seu retorno mostrando que a doença mental é percebida como mais incapacitante do que outras doenças dentro do ambiente de trabalho (Stuart, 2004).

Assim, o estigma mostra-se como um fator incapacitante do sujeito no trabalho ao trabalho, pois dificulta a sua reinserção nas atividades laborais e o reestabelecimento das suas relações sociais no trabalho.

5.2.5 CATEGORIA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO TRABALHADOR

A forma como a saúde do trabalhador é assistida na instituição também foi abordada durante a entrevista, os trabalhadores relataram sua experiência na busca por atendimento até chegar ao afastamento.

“Quando eu percebi que não estava bem, que eu precisava me tratar para continuar trabalhando eu marquei uma consulta com uma psiquiatra particular, fiquei sete meses me tratando sem que ninguém no hospital soubesse. Eu só procurei os médicos do hospital quando precisei do afastamento, enquanto pude eu aguentei sozinha. Aqui é assim, não tem assistência para quem está trabalhando, o hospital só te enxerga quando for afastado, porque aí a equipe vai ficar mais defasada ainda.” (E.3)

“Eu tenho sorte de poder pagar por um tratamento, a real é que o atendimento médico para funcionários aqui, é só quando já chegou ao ponto de pedir para se afastar, antes nem tem como querer ser atendido, tem muito funcionário doente, então só vão atender quem já não pode mais ficar sem passar no médico. Mas isso não é só com doença mental, para qualquer doença é assim. Aqui enquanto der a gente aguenta trabalhando, quando não dá mais ou se afasta ou pede as contas.” (E.5)

“Quando eu voltei do afastamento eu fui muito bem atendida pelos médicos do trabalho, eu nem imaginava que podia receber tanta atenção deles como eu recebi, eles falaram que sempre que acontecer alguma coisa é para ir falar com eles, mas é impossível falar com eles, são muitas pessoas que eles tem para atender, tem que ter muita urgência para conseguir falar. Eu gostei do pessoal do SESMET, eles são pacientes, são compreensivos, mas eu sei que doença mental não é a área deles.” (E.6)

Nesta categoria emergiram conteúdos que demonstram que a saúde do trabalhador com transtornos mentais só recebe atenção após o adoecimento, pois os relatos apontam que enquanto o trabalhador consegue dar continuidade ao seu trabalho, seu estado de saúde não é percebido. Assim, muitos continuam a trabalhar mesmo doentes e na falta de um atendimento dirigido aos trabalhadores dentro do próprio hospital, por vezes acabam buscando atendimento por conta própria. No entanto, os entrevistados relataram há pontos positivos do atendimento realizado pelo SESMET do hospital, com a ressalva de que por ter uma equipe pequena não conseguem dar conta de atender

os trabalhadores ao longo do adoecimento, realizando atendimentos quando já existe a necessidade de afastamento.

Segundo Martins (2011), os trabalhadores acometidos por doenças ocupacionais encontram dificuldades em encontrar atendimento médico e, por vezes, quando são atendidos enfrentam uma situação de descrença em relação à sua doença, já que os sintomas não são visíveis. Isto mostra que, se existem dificuldades de acesso a atendimento médico para as doenças do corpo físico, existem muito mais para as doenças mentais.

Na enfermagem, os trabalhadores vivenciam situações ambíguas em seu adoecimento no trabalho, pois em alguns momentos são amparadas pela medicina do trabalho e compreendidas e acolhidas pela chefia, mas em outros momentos, vivenciam situações de descuido à sua saúde, não encontrando apoio por parte da equipe, chefia e medicina do trabalho. Percebem, até mesmo, uma certa indiferença em relação aos seus problemas (Silva, 2012).

Historicamente, a atuação do trabalhador de enfermagem é voltada para uma dedicação intensa e exaustiva, aumentando a exposição a riscos psicossociais e resultando em afastamento somente quando trabalhar se torna inviável, dificultando não só o acesso à assistência à saúde, mas também a identificação do processo de adoecimento pelo trabalho (Batista, Juliani, Ayres, 2010).

Chama a atenção o fato da instituição, apesar dos afastamentos dos trabalhadores, não oferecer uma contra partida que venha ajudar os trabalhadores a não adoecer mentalmente. Como citam os trabalhadores, o suporte emocional seria muito bem vindo.

Segundo o modelo de Sherbrooke, desenvolvido no Canadá e usado como referência para a assistência à saúde do trabalhador em diversos países da Europa, as intervenções para o retorno ao trabalho devem estar voltadas não apenas para o profissional e suas incapacidades ou potencialidades para o trabalho, mas sim, devem

envolver tudo que esteja relacionado ao local de trabalho, promovendo mudanças no ambiente e nos profissionais (Vivian, 2010; Loisel e Durand, 2005).

5.2.6 CATEGORIA PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO

Por último, foram abordadas junto aos trabalhadores de enfermagem, as possíveis mudanças que poderiam ser realizadas no ambiente de trabalho a fim de proporcionar melhorias, tanto antes como depois do período e afastamento e retorno ao trabalho. Os temas que emergiram nesta categoria retomam aspectos já abordados nesta discussão, no entanto aqui se torna mais evidente a necessidade da elaboração de ações que proporcionem mudanças. Assim, as principais propostas de intervenções relatadas pelos entrevistados, foram: adequação do dimensionamento de enfermagem; trabalho em equipe; suporte aos trabalhadores.

Com relação à adequação do dimensionamento de enfermagem, os relatos mostraram a existência de características particulares do trabalho de enfermagem em oncologia, que resultam em maior demanda de cuidados.

“O máximo que daria para assumir de pacientes oncológicos seria uns quatro ou cinco, mas aqui a gente acaba assumindo seis ou sete. Na oncologia cinco pacientes já é muito e quando chega a seis, sete ou oito, não dá.” (E.1)

“A sobrecarga aqui é muito grande, não tem como uma escala de um hospital de oncologia ser feita do mesmo jeito que de um hospital geral, não dá, o trabalho aqui é muito mais pesado, tanto os cuidados como conviver com o emocional dos pacientes.” (E.5)

“As coisas seguem assim, nas escalas ficamos com pacientes demais e muito dependentes, com cuidados muito complexos, mas todo mundo vai aceitando. Eu me arrependo de quando estava na assistência nunca ter reclamado, na época eu devia ter falado que com aquela escala não dava para trabalhar, porque se todo mundo falasse iam ter que contratar mais funcionários, ou rever a divisão do serviço.” (E.7)

Esta problemática, relatada pelos trabalhadores, indica a necessidade de rever a maneira como está sendo realizada a divisão e atribuição do trabalho de enfermagem nos serviços hospitalares especializados em oncologia. Segundo os relatos, as particularidades do trabalho em oncologia, incluem pacientes que requerem cuidados mais complexos e em maior quantidade quando comparados à pacientes de unidades de internação de hospitais gerais. Por isso uma revisão da forma como vem sendo estruturada a escala de trabalho, poderia avaliar a possibilidade de rodízio dos trabalhadores entre pacientes de maior e menor complexidade.

Estudo realizado com trabalhadores portadores de transtornos mentais mostra que, uma gestão organizacional capaz de compreender e adequar as tarefas e condições de trabalho às necessidades, destes profissionais, proporciona melhora na qualidade da vida no trabalho, com consequente melhora do desempenho profissional (Lanctôt, Durand, Corbiere, 2012).

Dessa forma, pode-se avaliar que a compreensão das limitações e potencialidades desses trabalhadores, levando-as em consideração no momento da divisão de tarefas e elaboração de escalas, pode ser um facilitador para reinserção, daqueles que passaram por afastamento, em seu cotidiano de trabalho.

Outro aspecto importante a ser avaliado no momento do retorno ao trabalho é a reintegrar o trabalhador afastado na equipe de enfermagem.

“Outra coisa que precisava ter, para melhorar o momento do retorno de quem tem uma doença emocional, é um esclarecimento para os funcionários que nunca passaram por afastamento do que se tratam essas doenças, é preciso informar. Poderia ser palestras ou grupos para discussão, mas tinha que ter algo que levasse essas informações para as pessoas, porque as pessoas ainda acham que essas doenças não existem. Isso ia aumentar a compreensão e melhorar o relacionamento da equipe.” (E.2)

“Eu acho que as chefes podiam fazer muito mais coisas quando a gente volta a trabalhar, porque as chefes não ficam na assistência,

elas só ficam conduzindo a equipe, então eu acho que na hora do retorno elas tinham que estar mais presentes, para mim isso faz parte do trabalho delas. A chefia sabe tudo o que está acontecendo, para mim organizar a equipe é função delas, se acontece de ter preconceito e desentendimento no retorno, é porque ainda falta ter mais participação da chefia.” (E.5)

“É difícil se relacionar no ambiente de trabalho, então para quê deixar os funcionários sem orientação? A chefia tem que assumir essa responsabilidade, tem que tentar melhorar as relações. Se a chefia acolhesse o funcionário como alguém que está precisando de uma nova oportunidade, a equipe também ia agir assim. Eu acho que nem as chefes sabem muito bem o que acontece com quem tem uma doença mental, mas elas precisam começar a entender essas doenças, é delas a responsabilidade de conscientizar as equipes, não dá para ficar fingindo que esse problema não existe, as pessoas vão ter que aprender a conviver com tudo isso.” (E.7)

“Isso, de ter privilégios quando a gente volta a trabalhar, acontece por causa do afastamento, porque é difícil retornar, mas quem está ali trabalhando no dia a dia da unidade não entende o porquê dessa diferença e aí já começam os conflitos, por isso cabe à gerência o papel de informar tudo isso, de preparar a equipe para receber o funcionário, de esclarecer, de orientar todo mundo antes do retorno.” (E.4)

Estes relatos evidenciam o desconhecimento, dentro do ambiente de trabalho, das particularidades do retorno em casos de transtornos mentais. Os entrevistados relatam a necessidade da chefia informar as equipes sobre o que são os transtornos mentais e o porquê da dinâmica de trabalho daquele que retorna se diferenciar do restante da equipe no período de retorno. Desta forma, este tema acaba por abordar dois outros assuntos já citados: a problemática do trabalho em equipe e a questão do estigma acerca dos transtornos mentais.

Segundo (Lagerveld et al., 2010), ao retornar suas atividades profissionais, o trabalhador exerce uma cobrança sobre si próprio, diante das necessidades e expectativas de sua equipe e local de trabalho. Isto resulta em maior tensão nas relações de trabalho, uma vez que o trabalhador sente-se inseguro em não conseguir mostrar sua competência. Ainda de acordo com o mesmo estudo, esta situação

pode ser facilitada à medida que equipes e chefias ofereçam apoio social ao trabalhador em sua participação no processo de trabalho.

Por outro lado, o trabalho em equipe traz benefícios para os indivíduos que só podem ser vividos na dimensão grupal, como: aprendizagem coletiva e análise mais ampla das situações-problema, identificando recursos, alternativas e estratégias de enfrentamento perante as cargas de trabalho e processos de desgaste, de forma a potencializar a saúde do trabalhador (Peduzzi e Ciampone, 2010).

Por fim, os entrevistados trouxeram a necessidade de uma assistência à saúde do trabalhador mais efetiva dentro da instituição.

“Eu acho que precisava ter um profissional para a gente, para procurar quando tem necessidade de desabafar, muito do que acontece do sofrimento do funcionário é de ter que aguentar tudo sozinho, em silêncio, precisava de alguém aqui só para ouvir o funcionário.” (E.1)

“Talvez as pessoas sintam falta de ter uma atenção maior aqui dentro, tem colegas que reclamam disso, mas eu sempre aconselho a buscar ajuda, se o hospital não tem psiquiatra tem que ir atrás disso sozinho, eu dou o exemplo de mim mesma, porque mesmo tendo ajuda eu não aguentei, não dá para ficar sem acompanhamento.” (E.2)

“Precisava de um psiquiatra trabalhando junto com o SESMET, para atender a gente. Eles fazem tudo que podem para ajudar, mas tratamento mesmo precisa ser com um especialista, tem que ser com um psiquiatra, infelizmente a gente não tem esse atendimento aqui dentro, então acaba tendo que fazer o tratamento por fora.” (E.6)

Os relatos enfatizam a necessidade de se criar um espaço para escuta dos trabalhadores dentro da instituição, pois se existem psicólogos para atender não só os pacientes, mas também seus familiares, poderia ter um profissional destinado a atender os trabalhadores. A necessidade de ampliar o atendimento do SESMET, com atuação de um número maior de profissionais e a presença de um psiquiatra, também mostrou-se presente.

Estudo mostra que, dentre as intervenções realizadas na assistência à saúde do trabalhador afastado por transtornos mentais, a psicoterapia comportamental e cognitiva tem se mostrado bastante eficaz, tanto durante o período de afastamento quanto no momento do retorno. Os dados apresentados no referido estudo, evidenciam que os trabalhadores que receberam este tipo de tratamento retornaram ao trabalho em período inferior aqueles que só receberam tratamento médico (Arends et al., 2012).

Assim, a necessidade de um espaço para escuta, referida pelos trabalhadores, pode ser compreendida como uma intervenção que poderia trazer benefícios efetivos ao profissional afastado.

6 CONCLUSÕES

A partir da realização do presente estudo, de abordagem qualitativa na linha compreensiva, pretendeu-se analisar a percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre a vivência do retorno ao trabalho e, a partir disto, elaborar propostas de intervenções.

A população entrevistada foi constituída por oito trabalhadores de enfermagem, incluindo técnicos de enfermagem e enfermeiros de diversas unidades assistenciais de um hospital especializado em oncologia do Estado de São Paulo. Estes sujeitos foram aqueles que atenderam aos critérios de inclusão: ter sido afastado devido a diagnóstico de transtorno mental desde sua admissão no hospital e ter retornado ao trabalho após afastamento por transtorno mental há no máximo seis meses.

Os dados foram coletados a partir da aplicação de um questionário de caracterização dos sujeitos, como o objetivo de visualizar um perfil sócio demográficos e por meio de entrevista individual aberta, a fim de compreender as vivências dos trabalhadores na situação do retorno ao trabalho.

Quanto aos dados obtidos a partir do questionário de caracterização dos sujeitos, pode-se observar que:

- A média de tempo de trabalho nesta instituição é de 3,5 anos, sendo que a maioria dos sujeitos só desenvolveram transtornos mentais após começar a atuar em oncologia.
- A maioria (n=5) passou por readaptação profissional após o afastamento, deixando de atuar em atividades que envolvem cuidados diretos a pacientes, desde o retorno.
- Os afastamentos foram motivados por Transtornos do humor ou Transtornos relacionados ao estresse.
- A maior parte dos trabalhadores (n=7) ficou, cerca de um ano afastado e continua em tratamento, mesmo após o retorno.

O período de afastamento de, aproximadamente, um ano e a necessidade de permanecer em tratamento, mesmo após os trabalhadores serem considerados aptos para retornar ao trabalho, mostra a cronicidade característica dos transtornos mentais e indica a necessidade de se criar estratégias que possibilitem a permanência desses trabalhadores em suas atividades laborais.

Apesar dos problemas enfrentados no retorno ao trabalho, os relatos indicam a necessidade de reinserir o trabalhador em seu ambiente de trabalho, ainda que haja readaptação ou recolocação em outras áreas, como ocorreu com a maioria dos entrevistados.

Com relação à análise dos dados que emergiram das entrevistas, evidenciou-se que:

- A maioria dos sujeitos (n=7) considera que o quantitativo da enfermagem oncológica não poderia ser o mesmo utilizado em hospitais gerais, uma vez que o paciente oncológico requer cuidados mais complexos e em maior quantidade.

- Quanto ao desenvolvimento de transtornos mentais e à necessidade de afastamento do trabalho, a maior parte dos sujeitos (n=5) relaciona com as condições de trabalho em enfermagem oncológica, citando como principais fatores que interferem no processo de adoecimento: lidar com o emocional do paciente e conviver cotidianamente com o sofrimento e a morte. Mesmo aqueles que passavam por dificuldades na vida pessoal na época do afastamento, consideram o trabalho como a principal causa do adoecimento mental.

- No que se refere ao retorno ao trabalho, observou-se que, seja por recomendação da medicina do trabalho, por demanda do próprio trabalhador ou por avaliação das chefias, metade dos trabalhadores que retornaram passou a exercer um trabalho menos desgastante. No entanto, para a maioria dos trabalhadores uma das maiores dificuldades encontradas no retorno ao trabalho, foi voltar a atuar em equipe. Ao se reinserir na equipe, o trabalhador enfrenta preconceitos relacionados

aos transtornos mentais, falta de compreensão e despreparo dos colegas frente às limitações apresentadas pelo trabalhador após o afastamento.

- Com relação à assistência à saúde do trabalhador, todos os sujeitos (n=8) referiram só ter tido acesso a atendimento dentro da instituição no momento em que já havia se tornado necessário o afastar-se do trabalho, sendo que a metade destes trabalhadores buscou tratamento por conta própria antes de ser afastado, ao perceberem que já estavam adoecendo.

- Todos os sujeitos relacionaram o estigma da doença mental com situações vivenciadas no ambiente de trabalho desde o adoecimento até o afastamento e retorno.

Isto mostra que a temática do retorno ao trabalho envolve vários aspectos do cotidiano de trabalhado, sendo necessário compreender toda a trajetória percorrida desde o adoecimento até o afastamento, passando pelas relações de trabalho e vivências pessoais, para então avaliar as situações que se apresentam no momento do retorno.

As situações referidas pelos entrevistados nas quais o estigma assume um caráter ainda mais prejudicial à saúde do trabalhador foram:

- Dificuldade das equipes de trabalho e das chefias em relacionar mudanças de comportamento com o adoecimento mental, levando a pensar que o trabalhador está menos comprometido com suas atividades e a equipe à medida que vai adoecendo, o que interfere diretamente nas relações interpessoais.

- Não encaminhamento para a medicina do trabalho no início do desenvolvimento dos transtornos mentais, já que os primeiros sintomas não são percebidos como doença, dificultando o acesso precoce à assistência à saúde do trabalhador.

- Dificuldade na reinserção do profissional em seu cotidiano de trabalho, devido ao desconhecimento da cronicidade dos transtornos

mentais e das limitações que o trabalhador passa a apresentar após o afastamento.

Assim, a partir dos relatos dos trabalhadores, evidenciaram-se três possibilidades de intervenções que facilitariam o retorno ao trabalho:

- Adequação do dimensionamento de enfermagem: a possibilidade de rever a distribuição do trabalho dentro das equipes de enfermagem em oncologia, readequando o trabalho ao quantitativo efetivo dentro das enfermarias, proporcionaria melhorias nas condições de trabalho e na atenção à saúde dos pacientes.

- Intervenções no trabalho em equipe: criar estratégias para desenvolver melhorias no relacionamento no ambiente de trabalho, promovendo uma maior compreensão das dificuldades enfrentadas pelos que retornam do afastamento.

- Suporte à saúde do trabalhador: necessidade identificar o desenvolvimento de transtornos mentais ainda no início, a fim de possibilitar intervenções precoces, o que poderia ser facilitado com a presença de profissionais da área de saúde mental na equipe do SESMET.

Os dados do presente estudo mostram que, as mesmas dificuldades encontradas para o retorno ao trabalho devido a afastamento por problemas físicos, são também encontradas no retorno dos trabalhadores que apresentam transtornos mentais. No entanto, os preconceitos que permeiam a temática das doenças mentais é um agravante, dificultando ainda mais a reinserção do trabalhador em sua equipe e cotidiano de trabalho do que aqueles que apresentam doenças físicas.

Os achados da pesquisa indicam que ainda há muitas lacunas a serem estudadas na relação entre transtornos mentais e trabalho, evidenciando a dificuldade em se perceber o sofrimento mental como adoecimento. Portanto, há necessidade que este tema seja pauta das

discussões sobre saúde do trabalhador trabalho, a fim de minimizar preconceitos e viabilizar uma continuidade para a vida profissional dos trabalhadores portadores de transtornos mentais.

REFERÊNCIAS

Alacacioglu A, Yavuzsen T, Dirioz M, Oztop I, Yilmaz U. Burnout in nurses and physicians working at an oncology department. *Psychooncology*. 2009; 18(5): 543-8.

Alcântara LFFL. O sentido profissional da prática ambulatorial de enfermeiros oncologistas. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2008.

Almeida CSL, Sales CA, Marcon SS. O existir da enfermagem cuidando na terminalidade da vida: um estudo fenomenológico. *Rev. esc. enferm. USP*. 2014; 48(1).

Arends I, Bruinvels DJ, Rebergen DS, Nieuwenhuijsen K, Madan I, Neumeyer-Gromen A, Bültmann U, Verbeek JH. Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; 12: CD006389. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-23235630

Assunção AV, Belisário SA. Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde. Nescon - Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Série Nescon de Informes Técnicos. 2007; 1.

Bárbaro AM; Robazzi MLCC et al. Transtornos mentais relacionados ao trabalho: revisão de literatura. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog (Ed. port.)*. 2009; 5(2).

Barboza DB, Soler ZASG. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. *Rev Lat Am Enferm*. 2003;11(2):177-83.

Batista JM, Juliani CMCM, Ayres JA. O processo de readaptação funcional e suas implicações no gerenciamento em enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010; 18(1).

Becker SG, Oliveira MLC. Study on the absenteeism of nursing professionals in a psychiatric center in Manaus, Brazil. *Rev Lat Am Enferm*. 2008; 16(1):109-14.

Brito AP, Guirardello EB. Nível de complexidade assistencial dos pacientes em uma unidade de internação. Rev. bras. enferm. 2012; 65(1).

Carvalho LSF et al. Motivos de afastamento por licença de saúde dos trabalhadores de enfermagem. Cienc Cuid Saude 2010 Jan/Mar; 9(1):60-66

Caruso A, Vigna C, Bigazzi V, Sperduti I, Bongiorno L, Allocca A. Burnout among physicians and nurses working in oncology. Med Lav. 2012; 103(2): 96-105.

Cherem AJ, Ruiz RC, Tramontim A, Lino D. Perícia médica e reabilitação profissional: o atual modelo de perícia e uma proposta multidimensional aplicada em um projeto piloto em Santa Catarina. Acta Fisiatr. 2009; 16(2): 93 – 98.

Ciampone MHT, Chiesa AM. Princípios gerais para a abordagem de variáveis qualitativas e o emprego da metodologia de grupos focais. In: A Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC. Associação Brasileira de Enfermagem; 1999. p. 306-324.

Codo W, Varques-Menezes I. O que é *Burnout*. In: Codo W. Educação: carinho e trabalho. Petrópolis (RJ): Vozes, 1999.

Codo W; Vasques-Menezes I. *Burnout*. São Paulo (SP): Kingraf; 2000.

Corner J. Nurse's experience of cancer. Eur Cancer Care. 2002; 11: 193-9.

Dejours C. Psicodinâmica do Trabalho. São Paulo: Atlas; 1994.

Dejours C. A loucura do trabalho: estudo de Psicopatologia do Trabalho. São Paulo: Cortez; 1988.

DSM-IV-TR - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. (Trad. Cláudia Dornelles); 4 e.d. rev. – Porto Alegre: Artmed, 2002

Ezaias GM, Gouvea PB, Haddad MCL, Vannuchi MTO, Sardinha DSS. Síndrome de *burnout* em trabalhadores de saúde em um hospital de média complexidade. Rev. enferm. UERJ. 2010; 18(4).

Felli VEA, Tronchin DMR. A qualidade de vida no trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem. In: Kurcgant P. Gerenciamento em enfermagem. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2010. p. 85-103.

Felli VEA. Monitoramento da saúde do trabalhador de enfermagem: promovendo a qualidade de vida do trabalho. Relatório Técnico de Pesquisa, FAPESP, 2010.

Felli VEA, Baptista PCP, Carvalho MBC, Guimarães AL, Penteado PE. The Impact of Illness among Nursing Staff in Public Hospitals in Brazil according to Working Days Lost. Pan American Nursing Research Colloquium, 13., 2012, Miami.

Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Kurcgant P. Ausências previstas e não previstas da equipe de enfermagem das unidades de internação do HU-USP. Ver Esc Enferm USP. 2003;37(4):109-17.

Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Castilho V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: Kurcgant P. Gerenciamento em enfermagem. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2010. p. 121-136.

Goffman E. Estigma. Rio de Janeiro: LTC; 1975.

Gutierrez BAO, Ciampone MHT. O processo de morrer e a morte no enfoque dos profissionais de enfermagem de UTIs. Rev. Esc. Enfermagem USP. 2007; 41(4):660-7.

Kovács MJ. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional Mundo saúde (Impr.). 2010; 34(4): 420-429.

Ksiazek I, Stefaniak TJ, Stadnyk M, Ksiazek J. Burnout syndrome in surgical oncology and general surgery nurses: a cross-sectional study. Eur J Oncol Nurs. 2011; 15(4): 347-50.

Lacaz FAC. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. Ciênc Saúde Coletiva. 2000; 5(1):151-61.

Lagerveld SE, Bültmann U, Franche RL, van Dijk FJ, Vlasveld MC, van der Feltz-Cornelis CM, Bruinvels DJ, Huijs JJ, Blonk RW, van der Klink JJ, Nieuwenhuijsen K. Factors associated with work participation and work functioning in depressed workers: a systematic review. J Occup Rehabil. 2010; 20(3): 275-92. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-20091105

Lanctôt N, Durand MJ, Corbière M. The quality of work life of people with severe mental disorders working in social enterprises: a qualitative study. Qual Life Res. 2012; 21(8): 1415-23. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-22086362

Laurell AC, Noriega M. O processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec; 1989.

Leite PC, Silva A, Merighi MAB. A mulher trabalhadora de enfermagem e os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. Rev. Esc. Enfermagem USP. 2007; 41(2):287-91.

Lima MAG, Andrade AGM, Bulcão CMA, Mota EMCL, Magalhães FB, Carvalho RCP, Freitas SMC, Sá SRFC, Porto LA, Neves RF. Programa de reabilitação de Trabalhadores com LER/DORT do Cesat/Bahia: ativador de mudanças na Saúde do Trabalhador. Rev. bras. Saúde Ocup. 2010; 35 (121): 112-121.

Loisel P, Durand MJ. Applying transdisciplinary to the complexity of work disability prevention. Centro de Educação Transdisciplinar CETRANS;

2005. (acessado em 16 mai 2010). Disponível em http://cettrans.com.br/artigos/Patrick_Loisel.pdf

Maeno M, Takahashi MAC, Lima MAG. Reabilitação profissional como política de inclusão social: revisão. *Acta física*. 2009; 16(2).

Manetti ML, Marziale MHP. Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de enfermagem. *Estud. psicol. (Natal)*. 2014; 129(1). Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413294X2007000100010&lng=en&nrm=iso. access on 25 May 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2007000100010>.

Martins J, Robazzi MLCC. O trabalho do enfermeiro em unidade de terapia intensiva: sentimentos de sofrimento. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [serial on the Internet]. 2009; 17(1): 52-58.

Martins JT, Robazzi MLCC, Bobroff MCC. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. *Rev. esc. enferm. USP*. 2010; 44(4): 1107-1111. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400036&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000400036>.

Martins, Aline Caldas. Sintomas osteomusculares relacionados ao trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva (Dissertação). São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

Mininel VA. Adaptação transcultural do *Work Disability Diagnosis Interview* para o contexto brasileiro (Tese). São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

Mininel VA, Baptista PCP, Felli VEA. Cargas psíquicas e processos de desgaste em trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários brasileiros. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011; 19(2): 340-347. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000200016&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S010411692011000200016>.

Moreno FN, Gil GP, Haddad MCL, Vannuchi MTO. Estratégias E Intervenções No Enfrentamento Da Síndrome De Burnout. Rev. enferm. UERJ. 2011; 19(1).

Nieuwenhuijsen K, Verbeek, JHAM, Boer AGEM, Blonk RWD, Dijk FJH. Supervisory behaviour as a predictor of return to work in employees absent from work due to mental health problems. Occup Environ Med. 2004;61:817–823.

Organização Mundial de Saúde. (1993). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas.

Organização Pan-Americana de Saúde. Organização Mundial de Saúde. Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001 - Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. A resolução de problemas de saúde mental. p. 94-96.

Peduzzi M, Ciampone MHT. Trabalho em equipe e processo grupal. In: Kurcgant P. Gerenciamento em enfermagem. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2010. p. 105-120.

Perez M, Zaniboni AL, Gomes S. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador Manual de Gestão e Gerenciamento. Cosat – Coordenação Técnica de Saúde dos Trabalhadores – Ministério da Saúde. - 1ª edição – 2006.

Pinho PS, Araújo TM. Trabalho de enfermagem em uma unidade de emergência hospitalar e transtornos mentais. Rev Enferm UERJ, 2007; 15(3):329-36.

Possari JF. Dimensionamento de profissionais de enfermagem em centro cirúrgico especializado em oncologia: análise dos indicadores intervenientes (Tese). São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

Ribeiro MA. Trabalho e loucura: possibilidades de carreira para pessoas em situação psicótica. *Revista Mental*. Barbacena. 2009; 7 (12): 94- 17.

Rodrigues AB, Chaves EC. Stressing factors and coping strategies used by oncology nurses. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2008; 16(1):24-8.

Salomé GM. Sala de Emergência: o cotidiano das vivências com a morte e o morrer pelos profissionais de saúde. *Rev. Bras. Enferm*. 2009; 62(5): 681-6.

Salerno VL, Silvestre MP, Sabino MO. Interfaces LER/Saúde Mental: a experiência de um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado de São Paulo. *Rev. bras. Saúde Ocup*. 2011; 36 (123): 128-138.

Sancinetti TR, Gaidzinski RSR, Felli VEA, Fugulin FMT, Baptista PCP, Ciampone MHT, Kurcgant P, Silva FJ. Absenteísmo - doença na equipe de enfermagem: relação com a taxa de ocupação. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(Esp 2):1277-83.

Santos J LG, Pestana AL, Guerrero P, Meirelles BSH, Erdmann AL. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. *Rev. bras. enferm*. 2013; 66(2): 257-263. Availablefrom:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200016&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000200016>.

Sardá Junior JJ, Kupek E, Cruz RM, Bartilotti C, Cherem AJ. Preditores de retorno ao trabalho em uma população de trabalhadores atendidos em um programa de reabilitação profissional. 2009; *Acta Fisiátrica*; 16(2).

Sarraceno B. Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível 1ª Ed. Rio de Janeiro: Te Corá, 1999.

Shimizu HE, Ciampone MHT. As representações dos técnicos e auxiliares de enfermagem acerca do trabalho em equipe na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Lat Am Enferm.* 2004;12(4):623-30.

Schmoeller R, Trindade LL, Neis MB, Gelbcke FL, Pires DEP. Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011; 32 (2).

Silva DMPP, Marziale MHP. Problemas de saúde responsáveis pelo absenteísmo de trabalhadores de um hospital universitário. *Acta Sci. Health Sci.Maringá*, 2003; 25(2):191-197.

Silva SM. Retorno ao trabalho: a vivência dos trabalhadores de enfermagem com distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Dissertação). São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

Silva VEF. O desgaste do trabalhador em enfermagem: relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador (Tese). São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1996.

Silva VEF, Massarollo MCKB. A qualidade de vida e a saúde do trabalhador de enfermagem. *Mundo saÙde (Impr.)*. 1998; 22(5): 283-6.

Simonelli AP, Camarotto JA, Bravo ES, Vilela RAG. Proposta de articulação entre abordagens metodológicas para melhoria do processo de reabilitação profissional. *Rev. Bras. Saúde Ocup.* 2010; 35(121).

Sizoo EM, Taphoorn MJ, Uitdehaag B, Heimans JJ, Deliens L, Reijneveld JC, Pasman HR. The end-of-life phase of high-grade glioma patients: dying with dignity? *Oncologist.* 2013; 18(2): 198-203.

Stuart H. Stigma and Work (Discussion Paper). Ontario – Canada: Community Health and Epidemiology, Queen's University; 2004.

Takahashi MABC, Iguti AM. As mudanças nas práticas de reabilitação profissional da Previdência Social no Brasil: modernização ou enfraquecimento da proteção social? *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24(11): 2661-2670.

Takahashi MABC, Simonelli AP, Sousa HP, Mendes RWB, Alvarenga MVA. Programa de reabilitação profissional para trabalhadores com incapacidades por LER/DORT: relato de experiência do Cerest–Piracicaba, SP. Rev. bras. Saúde Ocup. 2010; 35 (121): 100-111.

Wang Y, Chang Y, Fu J, Wang L. Work-family conflict and burnout among Chinese female nurses: the mediating effect of psychological capital. Public Health. 2012; 12: 915. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-23107113

Wunsch Filho, V . Perfil epidemiológico dos trabalhadores. REVISTA BRASILEIRA DE MEDICINA DO TRABALHO. 2004; 2(2): 103-117.

Zander M, Hutton A, King L. Exploring resilience in paediatric oncology nursing staff. Collegian. 2012; 20(1): 17-25. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-23678780

APÊNDICE 1

Roteiro de entrevista com profissionais de enfermagem que retornaram ao trabalho após afastamento por transtornos mentais

Caracterização do sujeito de pesquisa

Iniciais: _____

Sexo: ()Fem ()Masc

Idade: _____ Estado Civil: _____

Escolaridade: _____ Categoria
profissional: _____

Setor onde

trabalha: _____ Turno: _____

Tempo de serviço na enfermagem: _____

Tempo de serviço na instituição: _____

Motivo do afastamento –

CID: _____

CAT: () sim () não

Desenvolvimento de Transtorno Mental anterior à atuação em
enfermagem:

() sim () não

Desenvolvimento de Transtorno Mental anterior à atuação na
instituição:

() sim () não

Tempo de afastamento pela doença (dias): _____

Tempo de retorno ao trabalho (dias): _____

Em tratamento atualmente: ()sim () não

Readaptação profissional: ()sim () não

Questão Norteadora

"Conte-me sobre a sua experiência de retorno ao trabalho, após ter passado pelo período de afastamento".

APÊNDICE 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

I. Dados sobre a pesquisa

Estudo: Retorno ao Trabalho de Trabalhadores de Enfermagem após Afastamento por Transtornos Mentais

Orientadora: Prof^a Dr^a Vanda Elisa Andres Felli

Pesquisadora: Priscilla Evelyn Penteado

II. Informações ao participante sobre a pesquisa

Estamos desenvolvendo a presente pesquisa com a finalidade de compreender em qual contexto e de que forma ocorre o retorno ao trabalho, dos profissionais de enfermagem afastados por Transtornos Mentais e Comportamentais. Para isso, você será convidado a preencher este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Você está tendo a possibilidade de participar deste estudo. Para tanto, será necessário que você seja entrevistado individualmente, em local que permita preservar a sua privacidade e em dia e horário de sua disponibilidade. As entrevistas serão integralmente gravadas e transcritas, para posterior análise.

Os dados da pesquisa, após analisados, poderão ser utilizados para publicações em revistas científicas da área da saúde e de Enfermagem. Os resultados poderão contribuir para o aprimoramento do conhecimento científico sobre saúde ocupacional, desgastes psíquicos gerados pelo trabalho e possíveis intervenções.

Você não receberá auxílios financeiros pela sua participação e o estudo não lhe acarretará qualquer custo.

III. Esclarecimento sobre as garantias do sujeito da pesquisa

A qualquer momento você terá o direito de acessar as informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à presente pesquisa, inclusive para esclarecer eventuais dúvidas. Todos os dados da pesquisa serão mantidos em segurança e sua identidade será mantida em sigilo, não só durante a pesquisa, mas também em sua publicação.

A participação nesta pesquisa não é obrigatória, sendo possível que você deixe de participar deste estudo ao longo de sua execução. A recusa ou abandono não refletirá em qualquer dano ou prejuízo moral para você, nem acarretará problemas no relacionamento com a instituição/campo da pesquisa ou com os pesquisadores.

Aqueles que se sentirem emocionalmente sensibilizados após a realização da entrevista, poderão ser encaminhados ao Ambulatório de Medicina do Trabalho do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (AMT/SESMT) do presente hospital eleito campo de pesquisa. O acompanhamento médico será realizado neste serviço e caso se faça necessário, haverá encaminhamento para um serviço médico assistencial especializado, direcionado especificamente aos funcionários deste complexo hospitalar.

Caso aceite participar, por favor, assine as duas vias deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo que uma delas ficará em sua posse e a outra em posse da pesquisadora.

V. Identificação do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP

Endereço: Av. Prof Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

CEP: 05403-000

São Paulo – SP.

Telefone: 3061-7548

E-mail: edipesq@usp.br

VI. Dados de identificação do sujeito da pesquisa

Nome: _____

RG: _____ Sexo: _____ Data de Nascimento: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

CEP: _____

Telefones: _____

VII. Consentimento Pós-informado

“Declaro, após ter sido esclarecido pelo pesquisador e ter compreendido o que me foi explicado, que consinto em participar do presente Projeto de Pesquisa.”

São Paulo, de de 2013.

Assinatura do Participante

Pesquisador
Priscilla Evelyn Penteado

APÊNDICE 3

CATEGORIA	TEMA	UNIDADES DE SIGNIFICADO
Condições de Trabalho	Divisão de Trabalho	<p>“Na assistência a gente fica muito sobrecarregado, não importa o número de pacientes, porque o paciente oncológico precisa de muitos cuidados, ele é muito dependente. Eu já trabalhei em unidades de internação em outros hospitais, já cheguei a assumir mais de oito pacientes por plantão e conseguir dar conta, ficava cansado sim, mas não era igual aqui.” (E.1)</p> <p>“O importante para o hospital é que você assume a sua escala e dê conta dos seus pacientes, não importa se vai ficar sobrecarregado, não importa se vai ficar doente. O funcionário que pega sua escala e não dá conta é visto como um incompetente, não importa o grau de complexidade dos pacientes, a gente tem que fazer todo o trabalho do melhor jeito e sem reclamar.” (E.1)</p> <p>“Não foi só ter que fazer muitos cuidados de enfermagem que me esgotou, eu nunca tive que trabalhar numa equipe com menos funcionários que o necessário quase todo dia, eu só fui viver isso mesmo aqui, de todo dia trabalhar até ficar esgotada, de isso virar uma rotina.” (E.2)</p> <p>“O trabalho aqui é muito pesado porque o paciente depende da gente o tempo todo para tudo, não tem praticamente nada que eles consigam fazer sozinhos, então se faltar uma única pessoa a equipe já fica sobrecarregada. Mesmo com a equipe completa o trabalho é muito desgastante. O resultado disso não é só ter cada vez mais funcionários doentes, é daí que vez os erros no trabalho, principalmente os de medicação.” (E.3)</p> <p>“Eu já vim para cá pensando em sair da assistência, era um hospital novo e eu achava que podia ter mais oportunidades. Eu já conhecia todos os problemas de trabalhar em oncologia, já sabia que a gente fica sobrecarregado.” (E.4)</p> <p>“Os cuidados aqui são dobrados, não importa a unidade, se for na UTI vai ser mais trabalhoso do que a de um hospital geral, se</p>

		<p>for um pós-cirúrgico também. Não dá para se enganar e dizer que a escala está completa, mesmo quando não faltou ninguém vai estar incompleta, porque ninguém dá conta de fazer tudo. É ferida que não cicatriza, é efeito da radio, é efeito da quimio, tem coisas que é só aqui que acontece, não adianta, não é a mesma coisa de um hospital geral...” (E.5)</p> <p>“Eu acho que na oncologia uma pessoa ter que cuidar de cinco a sete pacientes já é demais, só que aqui todo mundo aguenta calado até ficar doente. Isso é ruim, porque na verdade ninguém está aguentando trabalhar, está todo mundo esgotado, mas para não criar caso fica quieto, finge que está tudo bem.” (E.7)</p> <p>“Nesse hospital já tem o problema do trabalho em oncologia ser mais pesado, já tem o problema que a equipe está sempre desfalcada, mas também tem o problema de dividir mal os pacientes, dava para distribuir de um jeito que não sobrecarregasse tanto, mas as chefes tem pouco contato com os pacientes, às vezes nem percebem que a divisão da escala foi injusta. Aí dá nisso, todo mundo sobrecarregado, uns dias mais, outros menos e assim a gente vai levando, até o dia que não aguenta mais porque já está doente.” (E.8)</p>
Condições de Trabalho	Sobrecarga Emocional no Cuidado ao Paciente	<p>“O serviço aqui é muito estressante, eu sabia que estava vindo trabalhar em oncologia, mas o serviço mesmo você só conhece quando trabalha, é ali cuidando do paciente que você vai saber o que é oncologia, não é só porque os cuidados são mais complexos que sobrecarrega, tem o emocional do paciente.” (E.1)</p> <p>“A gente fica o dia todo ali do lado do paciente, todos os dias e toda hora entra no quarto, só que não é para ficar 15 minutos e ir embora, é para ficar ali cuidando. Como não dá para ir embora, como nosso trabalho é ali dentro do quarto, do lado do leito, não tem como não ouvir o que eles têm para dizer. Se você não quiser ouvir naquela hora vai ouvir depois, quando fizer um curativo ou der um banho, não tem como fugir disso, é com a enfermagem que eles desabafam.” (E.1)</p> <p>“A gente cuida, ouve, se envolve e na maioria</p>

		<p>das vezes acaba vendo morrer, é muito raro um caso de paciente que tem alta. Muitas vezes a gente sabe que vai morrer que não tem mais jeito, mas tem que ficar ali do lado dando força, dando esperança. Eu acho até que a sobrecarga emocional de ter que lidar com tantos óbitos, quase diariamente, é mais pesada do que a rotina de trabalho.” (E.1)</p> <p>“Para mim o que pesou mesmo foi o lado emocional, isso de lidar com a morte dia após dia, de cuidar da pessoa para no fim ver ela morrer, acho que foi esse lado do trabalho que eu não aguentei.”(E.2)</p> <p>“É muito difícil cuidar do paciente com câncer, é difícil passar o dia inteiro vendo o sofrimento dos pacientes, vendo gente morrer, vendo o desespero das famílias.” (E.3)</p> <p>“Trabalhei a vida toda na oncologia, eu sabia que o lado emocional fica mais frágil, que a gente acaba levando os problemas dos pacientes para casa, eu não queria mais trabalhar na assistência, não queria mais ter que passar por isso.” (E.4)</p> <p>“Aqui os pacientes estão morrendo, não dá para cortar a conversa e virar as costas, eles precisam falar, pode ser a última vez que vão se abrir com alguém. Se a gente não escuta, eles ficam pior ainda do que já estavam, parece que falar alivia o sofrimento. Mas aguentar tudo isso não é fácil.” (E.5)</p> <p>“Trabalhar em oncologia é muito pesado, o paciente chega aqui num estado que nem dá para ter muita esperança de melhora, mas mesmo assim a gente cuida, faz de tudo para aliviar o sofrimento, só que quando vê ele já foi, assim de uma hora para outra morre, não tem quem aguente trabalhar assim a vida inteira.” (E.8)</p>
Afastamento do Trabalho	Motivos para o Adoecimento	<p>“Antes do afastamento eu cheguei a conversar com a chefia, falar dos meus problemas pessoais, de como era difícil para mim trabalhar com pessoas que tem essa doença, mas a resposta que tive é que quando uma pessoa se dispõe a trabalhar em um hospital de oncologia ela tem que saber onde ela está entrando.” (E.1)</p>

		<p>“Quando eu vim trabalhar aqui, eu já tinha passado por um afastamento em outro hospital, pelo mesmo motivo. Eu trabalho já tem onze anos na área de enfermagem, mas a doença só começou quando eu fui trabalhar na oncologia, foi na quimioterapia que eu não aguentei, que eu tive que pedir afastamento. As pessoas chegam para ser atendidas em estágios muito avançados da doença, já chegam com poucas chances de sobreviver, trabalhar nisso dia após dia foi me fazendo mal, há tempos eu faço tratamento, mas chegou uma hora em que o remédio já não fazia efeito, eu não dormia mais e chorava no trabalho, às vezes chorava até na frente dos pacientes.” (E.2)</p> <p>“O câncer é uma doença cruel, ninguém aguenta trabalhar com isso sem se envolver, eu não queria mais viver essa rotina, não queria mais ver ninguém sofrendo, fiquei uns quatro meses assim, não queria mais vir para o hospital e quando chegava aqui tinha vontade de chorar o tempo todo, foi quando vi que precisava de ajuda e comecei a me tratar com uma psiquiatra. Ainda aguentei mais sete meses trabalhando enquanto me tratava, mas chegou uma hora que não conseguia mais trabalhar, nem com o tratamento, eu não dava mais conta do serviço, foi quando eu entrei no afastamento.” (E.3)</p> <p>“Eu não sei dizer exatamente como tudo aconteceu, eu já tinha trabalhado antes na oncologia, o que eu via aqui não era novidade para mim, mas de repente eu não conseguia mais nem entrar aqui no hospital, eu chegava até a porta e me dava uma crise de pânico, minha vontade era de voltar para casa, eu ficava ansioso só de pensar em trabalhar e quando chegava aqui eu não tinha mais concentração. Isso foi indo até que chegou um dia que eu não vinha mais para cá, porque eu queria fugir disso tudo, eu nem saía mais de casa, tive que ser internado na psiquiatria.” (E.4)</p> <p>“Aqui eu fiquei muito pouco tempo na assistência, então eu não posso falar que fiquei mal por causa do tempo que trabalhei na oncologia aqui, mas tem todo o tempo que eu trabalhei na oncologia antes de vir para cá, então pode ser que isso influenciou.” (E.4)</p> <p>“O mais difícil era que além de ter problemas</p>
--	--	--

		<p>em casa, quando eu chegava aqui via os pacientes nesse estado, o emocional tem que estar muito bom para cuidar deles, se não a gente se afunda junto. Eu acho que se eu não estivesse trabalhando aqui eu não tinha ficado doente. Quando eu não aguentei mais, vi que precisava ficar longe disso tudo, precisava de um tempo eu pedi afastamento. Nesse tempo eu vi que por mais que as coisas não estivessem bem em casa, trabalhar aqui é que me deixava pior, porque nesse tempo de afastamento o que eu fiz foi ficar em casa, com os mesmos problemas de casa e mesmo assim eu melhorei. Por isso pedi demissão, eu não quero ficar doente de novo e tenho medo disso acontecer se eu continuar trabalhando aqui. Essa é a minha última semana trabalhando aqui.” (E.5)</p> <p>“Quando eu parei de trabalhar foi porque eu já não conseguia ficar aqui dentro do hospital, sempre que eu chegava eu sentia alguma coisa, um dia era vômito, no outro diarreia, às vezes tinha crises de choro. Ninguém podia mais falar nada comigo que eu já chorava, eu não queria mais ter nenhum contato com as pessoas, se eu pudesse não tinha mais nenhum convívio em sociedade, só nesse estado mais crítico eu fiquei pelo menos dois meses, foi aí que percebi que tinha que procurar ajuda.” (E.6)</p> <p>“Nessa época eu tinha alguns problemas pessoais, mas eu ter ficado assim eu acredito que foi por causa do trabalho, porque primeiro eu deixei de ter vontade de conviver com as pessoas do trabalho e vir para o hospital porque me fazia mal, foi bem depois que eu comecei a evitar as pessoas na minha casa.” (E.6)</p> <p>“Na época que eu fui afastada eu estava com muitos problemas em casa, mas eu prefiro não falar sobre isso porque me faz chorar. Quando começaram os problemas em casa eu achava que era bom trabalhar, que pelo menos eu não ficava em casa, só que no fim acabou sendo pior, porque quando eu chegava no trabalho encontrava problemas maiores do que os meus e não tinha condições de aguentar. Eu já saía mal de casa, mas quando chegava aqui tudo piorava, eu não conseguia mais cuidar dos pacientes.” (E.7)</p>
--	--	---

		<p>“Até o afastamento, fiz de tudo para as pessoas do hospital não perceberem o que estava acontecendo, só começaram a perceber porque eu comecei a faltar muito e quando vinha chorava o plantão inteiro. Uns três meses antes do afastamento as pessoas já percebiam que eu não estava bem, falavam que eu precisava procurar ajuda, mas só viram de verdade o meu estado quando eu tive uma crise nervosa dentro da unidade, briguei com todo mundo, disse tudo que sentia e pensava. As pessoas ficaram assustadas, porque eu nunca tinha sido assim, no mesmo dia eu fui afastada.” (E.7)</p> <p>“Como eu já não estava bem, ficar aqui na oncologia era muito difícil, a oncologia é um ambiente pesado, é difícil não se sensibilizar com os pacientes. Eu fui percebendo que com o passar do tempo eu ia ficando cada vez mais desanimada, mais desmotivada, achava o ambiente de trabalho cada vez mais complicado, tinha cada vez mais dificuldade para lidar com as pessoas e com o tempo foi ficando mais difícil de aguentar.” (E.8)</p> <p>“No trabalho eu precisava mostrar que era forte, não podia me abater, aí fui vivendo assim até aonde deu. Quando fui afastada pelo médico do trabalho eu já não conseguia mais fazer de conta que estava bem, eu sofria com as coisas que eu via e não conseguia mais disfarçar, cheguei num estado em que eu passava o plantão inteiro chorando. Até que chegou o ponto que eu explodi e vi que não tinha mais como trabalhar.” (E.8)</p>
Afastamento do Trabalho	Problemas Pessoais <i>versus</i> Trabalho	<p>“Na época que eu fiquei ruim, uma tia minha também estava com câncer e veio a falecer. Minha mãe também teve que tirar uns nódulos dos seios e do útero há uns meses atrás. Então eu não sei se tudo o que aconteceu acabou mexendo ainda mais comigo, porque trabalhando na oncologia eu sabia tudo o que estava acontecendo com elas.” (E.1)</p> <p>“Eu acredito que se fiquei assim não foi só por causa do trabalho, acho que foi uma soma. Além de trabalhar na oncologia eu tinha problemas em casa, o meu pai também estava com câncer. Eu passava o dia inteiro vendo os pacientes doentes, cuidando deles, sabendo a gravidade da doença e quando chegava eu em casa era a mesma coisa, só</p>

		<p>que era o meu pai.” (E.3)</p> <p>“Não dá para dizer que eu fiquei doente só porque trabalho aqui, o trabalho pesou, mas eu tinha outros problemas na época. Comigo foi todo esse sofrimento que tem aqui se misturando com o meu, chegou uma hora que eu já não sabia se estava triste por causa dos meus problemas em casa ou se era por tudo que eu via aqui. Em algum lugar eu tinha que encontrar um pouco de tranquilidade e se em casa já não estava bem, como eu ia conseguir trabalhar aqui.” (E.5)</p> <p>“Eu percebia que não vinha me sentindo muito bem já havia um tempo, tinha muitos problemas em casa e trabalhar foi ficando cada vez mais difícil, minha relação com as pessoas em casa foi mudando, no começo, quando eu comecei a ficar meio depressiva, eu chegava em casa chorando e me abria, mesmo as coisas não estando bem em casa eu queria que as pessoas soubessem o que eu sentia, com o tempo, um pouco antes do afastamento, eu já não queria mais contato nem com a minha família.” (E.6)</p> <p>“Por causa dos problemas em casa, eu não estava aguentando mais nem comigo, como ia aguentar o sofrimento dos pacientes. Eu misturava tudo, sonhava com a minha família e os pacientes, todos misturados, quando acordava via que era só um sonho, mas os meus sentimentos continuavam confusos, me sentia culpada porque não conseguia mais cuidar dos pacientes como antes e porque nunca me dediquei à minha família como eu dedicava ao trabalho.” (E.7)</p> <p>“Para mim a gota d’água para adoecer foram alguns problemas que eu estava tendo em casa, mas não é de hoje que eu já estava com problemas no trabalho, mas fui levando, só que quando juntou os problemas do trabalho com os de casa eu não tinha mais para onde fugir. Se antes eu saía daqui e ia para casa para esquecer tudo que via no plantão, quando comecei ter problemas em casa eu não tinha mais um tempo para descansar, não dava para eu me renovar e chegar bem para trabalhar no dia seguinte. Eu saía daqui mal, chegava em casa ficava pior ainda e no outro dia nem sei como conseguia trabalhar.” (E.8)</p>
--	--	---

Retorno ao Trabalho	Mudanças na Rotina de Trabalho	<p>“Eu vim trabalhar neste setor faz pouco tempo, não foi logo depois do retorno, antes eu ficava na assistência, mesmo depois que voltei do afastamento. Quando eu voltei fiquei uma semana só ajudando meus colegas na assistência, na segunda semana eu já assumi minha rotina diária, já entrei na escala. Eu fui falar com a chefia na época do retorno, falei que tinha passado por afastamento porque tive estresse e depressão, que eu sabia que não teria mais condições de ficar na assistência, que queria ficar em um setor mais tranquilo, que não tivesse muito contato com o paciente, elas falaram que iam ver um outro setor para me transferir e depois de um tempo elas conseguiram me tirar da assistência.” (E.1)</p> <p>“Quando eu retornei, vim com um laudo médico que dizia que eu tinha condições de voltar a trabalhar desde que eu não tivesse mais contato direto com os pacientes, pelo próprio INSS eu fui classificada como tendo um acidente de trabalho ou que o trabalho agravou meu quadro, algo assim, por isso eu vim direto para um setor administrativo.” (E.2)</p> <p>“Quando eu voltei do afastamento quis trabalhar na mesma unidade que trabalhava antes, minha chefe perguntou se eu queria tentar ficar aqui ou se eu queria mudar de setor, mas eu quis tentar. Ela me deixou por duas semanas só auxiliando a equipe e falou nessas semanas eu não podia assumir nenhuma responsabilidade sozinha. Mesmo assim, nas primeiras semanas eu pensei em falar com ela e pedir para ir trabalhar em outro setor, eu estava confusa, nem sabia mais se ainda queria trabalhar na área da saúde, tinha a sensação de que estava começando tudo do zero, parecia que não sabia mais trabalhar. Essas duas semanas foram boas para mim, eu senti como se estivesse fazendo um estágio e aos poucos fui conseguindo voltar a fazer todas as coisas que fazia antes do afastamento.” (E.3)</p> <p>“Quando eu voltei a trabalhar vim direto para a assistência, não teve uma conversa com a gerência para saber se tinha algum setor que eu preferia ir, eu voltei para o setor que eu trabalhava antes de ir para o administrativo, quando eu me afastei eu estava no administrativo. A única coisa que eu pedi foi</p>
---------------------	--------------------------------	---

		<p>para ficar no turno do dia e não me colocar para fazer hora extra, porque apesar de não precisar mais tomar remédio para dormir, eu ainda estou fazendo tratamento e ter que passar as noites em claro ou ter que trabalhar mais de 40 horas por semana, podia acabar me prejudicando.” (E.4)</p> <p>“Eu, por exemplo, mudei de setor, mas conversaram comigo antes de me mudar de setor, queriam saber se eu tinha como voltar para a assistência ou se preferia ir fazer outra coisa, eu disse que não me sentia segura para voltar para a assistência, aí me mudaram para cá.” (E.5)</p> <p>“No meu caso, nem houve preocupação da chefia em saber se eu queria ir para outro setor ou se eu sentia que tinha condição de trabalhar aqui igual antes, só falaram que esse é o meu setor e que eu ficaria aqui mesmo. Mas as funções de confiança que eu tinha antes do afastamento me tiraram todas, quando eu percebi isso cheguei a falar que preferia mudar de setor, mas não adiantou, continuei aqui. Isso me fez perder toda a motivação para o trabalho, vi que perderam a confiança em mim e nunca mais vou voltar a fazer tudo que fazia antes, então para mim também tanto faz, não vejo motivo para ficar me esforçando, eu faço o que eu tiver que fazer e vou embora.” (E.6)</p> <p>“Como o médico do SESMET não concordava com o meu retorno, ele fez uma carta informando a chefia que eu não podia ficar na assistência, pelo menos por enquanto, por isso que eu vim para esse setor, porque aqui eu tenho pouco contato com os pacientes e não tenho que fazer a parte dos cuidados que a gente faz na assistência. Mas mesmo assim, eu sinto que ainda devia estar em casa. Além disso, eu tive vários problemas aqui no hospital quando voltei, porque eu não voltei para a assistência e isso não é bom, parece que o funcionário voltou com alguma incapacidade, que nunca mais vai conseguir trabalhar direito, mas mesmo com tudo isso eu não quero voltar para a assistência, eu sei que eu não sirvo mais para trabalhar lá.” (E.7)</p> <p>“Depois de um tempo que eu tinha voltado, a chefia me chamou para conversar, falaram que eu não podia ter privilégios para sempre,</p>
--	--	---

		<p>que aos poucos eu tinha que ir pegando o resto do serviço para ficar na escala normal, como qualquer outro funcionário, então depois de um mês eu já estava trabalhando igual a todo mundo.” (E.8)</p> <p>“Eu acho que não é sempre que tem que mudar o funcionário de setor porque teve um problema de saúde, eu mesma nunca quis mudar de setor mesmo sabendo que o serviço daqui é mais pesado, eu acho que tem que ver o que o funcionário prefere, o que é melhor em cada caso. Eu não ia gostar se me mandassem para o administrativo, porque não é bem visto, é diferente ir para lá porque conquistou um cargo de ir porque foi transferido pela chefia. Se mandam para outro setor, é porque a pessoa não presta mais para trabalhar.” (E.8)</p>
Retorno ao Trabalho	Relacionamento com a Equipe	<p>“Eu senti que quando voltei fui rotulado como o funcionário que ficou afastado, ninguém nunca chegou para mim e falou diretamente alguma coisa, mas a gente percebe os comentários. São coisas do tipo ‘ficou tanto tempo afastado, tanto tempo em casa e agora quer moleza’. Mesmo que indiretamente as pessoas apontam, acham que ficou afastado porque queria ficar em casa e continuar recebendo o salário. Quando o afastamento é por um problema emocional ninguém acredita que você não está bem, por isso tem essa atitude quando a gente retorna. As pessoas ainda tem dificuldade de entender isso.” (E.1)</p> <p>“Eu acredito que, mais do que respeitar os limites das pessoas e mudar de setor depois de do afastamento, é necessário que se dê um voto de confiança dentro da equipe. Não adianta mudar de setor se não acreditar que a pessoa ainda é capaz de ser produtiva. Eu posso dizer que eu encontrei isso aqui nesse setor, com o tempo as pessoas estão vendo que eu estou me desenvolvendo, mas eu tenho colegas que foram mandados para outro setor para ‘parar de dar trabalho’, porque não confiavam mais no trabalho deles.” (E.2)</p> <p>“Se eu for fazer uma crítica de tudo que aconteceu quando eu voltei, eu acho que, não adianta conversar com o funcionário e tentar entender o que é melhor para ele se não trabalhar toda a equipe, porque na equipe</p>

		<p>ninguém entende o que aconteceu, nem porque o funcionário se afastou, nem porque as chefes estão tentando ajudar no retorno e isso acaba em muitos conflitos. Se os colegas cobram que você ajude mais no trabalho, se pedem para assumir pelo menos um paciente sozinha, então é porque não foi bem informado sobre como deveria ser esse período de adaptação.” (E.3)</p> <p>“A rotatividade de funcionários aqui é muito grande, um funcionário que se afasta quando volta vê que mudou praticamente toda a equipe, eu mesmo quase não conhecia ninguém da equipe quando voltei, a sensação é de ser um recém-admitido. Essa equipe não acompanhou a minha história aqui dentro e acham que só de trabalhar de dia e não fazer hora extra, eu estou cheio de privilégios, que posso trabalhar no horário que eu quiser. Mas o retorno dá mesmo alguns privilégios, só que aqueles que nunca foram afastados não entendem, porque nunca tiveram nenhum privilégio.” (E.4)</p> <p>“Quando eu cheguei aqui nessa unidade ninguém me conhecia, não sabiam quem eu era, se antes do afastamento eu era boa funcionária ou não. Só sabiam que eu estava voltando de um afastamento por problemas emocionais e que ninguém podia ficar exigindo muito de mim. O problema é que desse jeito dava a impressão de que eu mal cheguei e já sou a protegida, já sou tratada diferente, sou melhor que todo mundo. De que adianta mudar de setor se a gente mal chega e já se vê nessa situação? Os outros funcionários não tem obrigação de saber dos problemas daquele que está chegando.” (E.5)</p> <p>“Quando eu voltei a trabalhar teve gente na equipe que me falou: ‘E aí, voltou das férias?’. Então, se pensam que eu estava de férias agora que eu voltei tenho que trabalhar dobrado, não posso ter menos tarefas que os outros. As pessoas não tem nenhuma noção do que é uma depressão, elas pensam que você “teve” aquele problema, não que você “tem” aquele problema, não sabem que é uma coisa que vai e volta, se voltou a trabalhar é porque está curado, a doença ficou para trás. Isso não é só a equipe, a gerência também não sabe como lidar com isso, na verdade, ninguém no hospital sabe como lidar com isso.” (E.6)</p>
--	--	--

		<p>“Com a mudança de setor tive que ir para uma equipe nova, esse hospital é muito grande, eu não conheço ninguém dessa equipe, isso é ruim, porque as pessoas não me conhecem e a primeira impressão que tem de mim é essa, de me ver doente. Como é tudo novo, as pessoas acabam me julgando pelo que sou nesse momento e esse não é o meu melhor momento. Daí já começa a não ter espaço para trabalhar em equipe, porque eu já cheguei deixando muito a desejar na equipe. Não é segredo para ninguém o quanto é difícil se relacionar no ambiente de trabalho, mas a gente fica trabalhando assim, não sei para que deixar os funcionários sem orientação, mas esses pensamentos vêm justamente de cima, a equipe é só uma reação do que acontece na chefia.” (E.7)</p> <p>“O mais difícil do retorno para mim foi que eu não sabia como seria recebida pelas pessoas, porque aqui a equipe muda muito, eu sabia que não ia encontrar quase ninguém que eu já conhecia, que ia ter que aprender a trabalhar com uma nova equipe. Logo que eu voltei a chefia me colocou para trabalhar em um serviço mais leve aqui da unidade, por isso logo começaram os comentários de que só eu não precisava rodiziar de função, que só eu ficava fixa nas minhas atividades.” (E.8)</p>
Estigma da Doença Mental	O Pré-conceito da Doença Mental	<p>“As pessoas ainda não acreditam que essas doenças existem, falam ‘ele diz que está estressado’, ‘ele diz que está deprimido’. Pensam que quem se afasta por essas doenças, se afasta por luxo, porque todo mundo fica estressado ou deprimido alguma vez na vida. Eu acho que o preconceito existe até por parte da medicina do trabalho, porque se eu chegar lá passando mal, se eu estiver com uma dor, isso é visível, então o médico vai me mandar para casa, vai me dar dois dias de afastamento. Agora se eu estiver em um dia que eu sei que meu emocional não está bom, que eu posso brigar com alguém por qualquer motivo, que estou no meu limite e falar isso para o médico, ele não vai me mandar para casa, porque ninguém vê o que eu estou sentindo, não dá para identificar, mas eu consigo reconhecer esses dias e sei que é por causa da doença. Não respeitar isso e me mandar voltar para o trabalho já mostra que existe preconceito.” (E.1)</p>

		<p>“Depois da doença mental as pessoas te tratam diferente, parece que ficam “cheias de dedos”, que tem medo de te falar alguma coisa e a você surtar. Isso também tem a ver com o preconceito com quem é transferido, tem a ver com você não ser mais capaz de trabalhar no setor que ficava antes da doença porque é um desequilibrado. É como se tivessem te mandado para um setor que tem menos risco de você sair da linha, acham que é melhor deixar o funcionário ali porque não vai dar trabalho, ali ele passa despercebido.” (E.2)</p> <p>“Quando eu voltei eu percebia pelos olhares das pessoas que achavam que eu tinha me afastado por frescura. Quando eu perguntava alguma coisa sobre o trabalho, se eu tinha alguma dúvida, eu via na reação das pessoas que não acreditavam que eu realmente estava me sentindo perdida, mas eu estava, porque eu me sentia muito insegura. As pessoas tentavam jogar o serviço delas para mim, pensavam que eu estava fazendo “corpo mole”. Eu cheguei a ouvir comentários de que eu estava ali só enrolando. É claro que eu queria ter condições de fazer tudo que meus colegas faziam, mas eu precisava de um tempo. Só que as pessoas não acreditam nisso nem pensam assim, não entendem que para quem tem uma doença mental as coisas funcionam desse jeito.” (E.3)</p> <p>“Eu acho que quando as pessoas tem um afastamento por uma doença física é tudo mais fácil, porque quando ela volta todo mundo está vendo o tempo todo que ela não consegue mais fazer o trabalho, se pegar algo pesado vai deixar cair no chão, se tentar preparar uma medição pode nem ter força para aspirar uma ampola. Então a equipe logo se adapta, deixa aquela pessoa só assumir os sinais vitais de todos os pacientes ou trocar as camas, dá para ela uma tarefa que ela consiga fazer e os outros se dividem no resto do serviço. Na doença mental não, você não pode falar que naquele dia não está bem, que não vai conseguir ver o sofrimento do paciente, que precisa ficar fora da assistência, precisa de um tempo para se reorganizar. Se uma pessoa que tem doença mental falar isso, vão rir da cara dela, vão falar que então o único jeito de ficar bem é parar de trabalhar em hospital.” (E.3)</p>
--	--	---

		<p>“Quando eu voltei do afastamento fui direto para a assistência, não voltei para o administrativo, dizem que isso não tinha nada a ver com a minha produtividade, pelo contrário, dizem que eu me saí muito bem no tempo que trabalhei lá. Então, por que eu não voltei para o mesmo setor? Porque não tive a chance de continuar lá? Eu fico pensando e acho que talvez seja porque meu problema não era físico, era mental. Acho que depois do afastamento não acreditavam mais que eu ainda tinha condições de trabalhar no setor administrativo, porque lá é um trabalho que usa só a mente, acho que perderam a confiança no meu trabalho, depois da doença eu não sirvo mais para trabalhar lá.” (E.4)</p> <p>“Na unidade o que eu percebo, é que as pessoas não acreditam muito que às vezes eu preciso ter um ritmo de trabalho um pouco diferente, parece que eu sou folgado, se às vezes eu não ajudo em uma ou outra coisa não é porque não quero, é porque não consigo, porque tem horas que não aguento. Eu não tenho problema nenhum em trabalhar com oncologia, mas eu sei que se eu não respeitar os meus limites vou ficar mal de novo e se ninguém respeita isso, pelo menos eu tenho que me frear.” (E.4)</p> <p>“Não importa a doença, ninguém quer saber o que está acontecendo com você, funcionário bom é aquele que nunca traz problemas, mas para a doença mental eu acho que tem um problema a mais, ninguém nunca mais via te tratar igual, se você se afastar ‘já era’. Quando voltar, para uns você virou o louco e não vão mais confiar no seu trabalho, nem dar atenção para o que você fala. Agora para outros, doença mental não existe porque ninguém vê o que você está sentindo e justo quando o trabalho aperta bate a ansiedade, o desespero, aí também não é só que a doença não existe, é folga mesmo. Porque se justo quando mais precisam da sua ajuda você fica mal, não é doença, é corpo mole.” (E.5)</p> <p>“A doença mental não é como uma doença osteomuscular, que se ninguém acreditar, em último caso você pode até levar um exame seu e mostrar para as pessoas que você tem uma incapacidade física, a doença mental não se vê. As pessoas pensam assim ‘se ela levantou, se arrumou, saiu de casa e veio</p>
--	--	--

		<p>trabalhar é porque está bem, não tem que chegar aqui e falar que não consegue trabalhar'. O problema da doença mental é que as pessoas só sabem o seu sofrimento por aquilo que você fala que está sentindo, não tem nada concreto que possa mostrar isso. Quando eu voltei teve preconceito de todos os lados, porque os colegas não acreditavam na minha doença e a chefia não via mais em mim a mesma capacidade de antes, a confiança acabou." (E.6)</p> <p>"Mesmo antes do afastamento, mesmo vendo que eu não estava bem já fazia tempo, a chefia não me poupava em nada, se eu reclamasse de algum serviço era porque queria me encostar nos outros. Para mim esse é o maior preconceito, achar que a gente finge que está doente, ou pensar que só tem esse tipo de doença quem é fraco, quem não aguenta enfrentar problemas. Quando eu voltei foi pior, toda vez que não estou bem falam que eu só quero levar vantagem, porque ainda sou jovem e devia aguentar trabalhar mais que os outros, que fico com essa história toda porque não quero pegar no pesado. É tão difícil as pessoas entenderem que eu não finjo e que eu sinto mesmo tudo isso, que eu nem falo mais nada, nem tento mais me explicar." (E.7)</p> <p>"Eu não tenho problema de falar que não me sinto segura, que preciso trabalhar junto com outras pessoas por enquanto, que não tenho condição de assumir o paciente sozinha, mas a equipe não entende isso, se está todo mundo atarefado porque alguém vai ter que ficar junto comigo, no lugar de cada um fazer seu serviço? É como se eu tivesse atrasando o serviço de todo mundo, nem dou conta do meu nem deixo o outro fazer o dele sossegado. Eu não queria não queria passar por isso, se pudesse chegava e fazia tudo do mesmo jeito que antes, mas eu preciso de apoio, preciso desse tempo, só que para a equipe me dar esse tempo parece que é pedir muito e quanto mais as pessoas debocham disso pior eu fico e aí que não vou conseguir fazer nada mesmo. As pessoas ainda não entendem que às vezes pode até ter a força física para trabalhar, mas é a cabeça que não deixa." (E.8)</p>
Assistência à	Atenção à Saúde	"Aqui tem muitos recursos para os pacientes,

Saúde do Trabalhador	Antes e Depois do Afastamento	<p>tem até assistência para os familiares dos pacientes, mas para os funcionários não tem nada. Assistência aqui, só na hora que precisar de afastamento, tem muita gente doente trabalhando, mas faz o que pode para aguentar sem ser afastado. O erro desse hospital é não oferecer nenhum tipo de suporte emocional para os funcionários, o que eu fico mais impressionado é que depois de um ano afastado, quando eu voltei estava tudo igual.” (E.1)</p> <p>“Eu sei que assistência para o funcionário o hospital não oferece, mas eu mesma só busquei a medicina do trabalho daqui por questões burocráticas, porque precisava do SESMET para ser afastada. Enquanto eu pude preferi continuar meu tratamento independente dos médicos daqui e hoje eu continuo tendo o meu próprio psiquiatra. Mas não dá para me usar de referência, meu primeiro afastamento não foi aqui, eu já cheguei com esse histórico.” (E.2)</p> <p>“Quando eu percebi que não estava bem, que eu precisava me tratar para continuar trabalhando eu marquei uma consulta com uma psiquiatra particular, fiquei sete meses me tratando sem que ninguém no hospital soubesse. Eu só procurei os médicos do hospital quando precisei do afastamento, enquanto pude eu aguentei sozinha. Aqui é assim, não tem assistência para quem está trabalhando, o hospital só te enxerga quando for afastado, porque aí a equipe vai ficar mais defasada ainda.” (E.3)</p> <p>“Assistência à saúde a gente não tem, a enfermagem é uma área que tem muita gente para trabalhar, não adianta pensar que vai ter uma assistência voltada para o funcionário, porque não vai ter. Se sai um funcionário hoje é só colocar outro amanhã no lugar, se o profissional não está contente com o trabalho que arrume outro emprego, não tem essa de não poder perder um funcionário.” (E.4)</p> <p>“Eu tenho sorte de poder pagar por um tratamento, a real é que o atendimento médico para funcionários aqui, é só quando já chegou ao ponto de pedir para se afastar, antes nem tem como querer ser atendido, tem muito funcionário doente, então só vão atender quem já não pode mais ficar sem passar no médico. mas isso não é só com doença</p>
----------------------	-------------------------------	---

		<p>mental, para qualquer doença é assim. Aqui enquanto der a gente aguenta trabalhando, quando não dá mais ou se afasta ou pede as contas.” (E.5)</p> <p>“Quando eu voltei do afastamento eu fui muito bem atendida pelos médicos do trabalho, eu nem imaginava que podia receber tanta atenção deles como eu recebi, eles falaram que sempre que acontecer alguma coisa é para ir falar com eles, mas é impossível falar com eles, são muitas pessoas que eles tem para atender, tem que ter muita urgência para conseguir falar. Eu gostei do pessoal do SESMET, eles são pacientes, são compreensivos, mas eu sei que doença mental não é a área deles.” (E.6)</p> <p>“Se você pensar que eu fiquei um ano trabalhando sem estar muito bem, acho que já dá para ter uma ideia de como é a assistência à saúde do funcionário aqui. Tem o médico do trabalho, mas só vão encaminhar alguém para passar com ele em último caso. É mais ou menos assim, se você percebe que não está bem tem que ter iniciativa para procurar ajuda, se não só vão perceber que você está doente quando não tiver mais condição de trabalhar.” (E.7)</p> <p>“Aqui não tem nenhum tipo de suporte para a saúde do funcionário, nem antes do afastamento nem depois, o médico só dá conta de afastar e orientar sobre retorno, precisava ter algum suporte até a gente conseguir se sentir seguro de novo para trabalhar. De certa forma eu tenho isso, porque até hoje faço tratamento com psiquiatra, mas isso é por minha conta, não existe essa preocupação aqui dentro. Não entendo porque não tem um psicólogo só para os funcionários, porque só para os pacientes? O sofrimento é o mesmo, a gente também precisava ter algum apoio.” (E.8)</p>
Propostas de Intervenção	Adequação do Dimensionamento de Enfermagem	<p>“O máximo que daria para assumir de pacientes oncológicos seria uns quatro ou cinco, mas aqui a gente acaba assumindo seis ou sete. Na oncologia cinco pacientes já é muito e quando chega a seis, sete ou oito, não dá.” (E.1)</p> <p>“Antes de trabalhar aqui, eu nunca tinha trabalhado em um lugar onde a escala de</p>

		<p>trabalho fosse além do que eu podia dar conta, isso até podia acontecer um dia ou outro, mas não era sempre assim, aqui isso precisava ser revisto.” (E.2)</p> <p>“A escala da oncologia devia ser diferente da escala de outras unidades de internação, eu já trabalhei em outros hospitais e em outras áreas, então eu sei que o paciente daqui precisa de mais cuidados.” (E.3)</p> <p>“A sobrecarga aqui é muito grande, não tem como uma escala de um hospital de oncologia ser feita do mesmo jeito que de um hospital geral, não dá, o trabalho aqui é muito mais pesado, tanto os cuidados como conviver com o emocional dos pacientes.” (E.5)</p> <p>“As coisas seguem assim, nas escalas ficamos com pacientes demais e muito dependentes, com cuidados muito complexos, mas todo mundo vai aceitando. Eu me arrependo de quando estava na assistência nunca ter reclamado, na época eu devia ter falado que com aquela escala não dava para trabalhar, porque se todo mundo falasse iam ter que contratar mais funcionários, ou rever a divisão do serviço.” (E.7)</p>
Propostas de Intervenção	Trabalho em Equipe	<p>“Outra coisa que precisava ter para melhorar o momento do retorno de quem tem uma doença emocional, é um esclarecimento para os funcionários que nunca passaram por afastamento do que se tratam essas doenças, é preciso informar. Poderia ser palestras ou grupos para discussão, mas tinha que ter algo que levasse essas informações para as pessoas, porque as pessoas ainda acham que essas doenças não existem. Isso ia aumentar a compreensão e melhorar o relacionamento da equipe.” (E.2)</p> <p>“O cuidado para receber um funcionário depois do afastamento não pode ser só com esse funcionário, tem que ser com toda a equipe. Não é só o funcionário que precisa ser preparado para voltar a trabalhar, a equipe também precisa ser preparada para receber esse funcionário.” (E.3)</p> <p>“Isso de ter privilégios quando a gente volta a trabalhar, acontece por causa do afastamento, porque é difícil retornar, mas quem está ali trabalhando no dia a dia da unidade não</p>

		<p>entende o porquê dessa diferença e aí já começam os conflitos, por isso cabe à gerência o papel de informar tudo isso, de preparar a equipe para receber o funcionário, de esclarecer, de orientar todo mundo antes do retorno.” (E.4)</p> <p>“Eu acho que as chefes podiam fazer muito mais coisas quando a gente volta a trabalhar, porque as chefes não ficam na assistência, elas só ficam conduzindo a equipe, então eu acho que na hora do retorno elas tinham que estar mais presentes, para mim isso faz parte do trabalho delas. A chefia sabe tudo o que está acontecendo, para mim organizar a equipe é função delas, se acontece de ter preconceito e desentendimento no retorno, é porque ainda falta ter mais participação da chefia.” (E.5)</p> <p>“Eu acho que isso, dos problemas que tem no retorno, precisava ser esclarecido para a equipe, porque todo chefe sabe como essas relações de equipe são difíceis. Aí manda o funcionário de volta para a unidade como se não tivesse acontecido nada? Com certeza vai dar problema.” (E.6)</p> <p>“É difícil se relacionar no ambiente de trabalho, então para quê deixar os funcionários sem orientação? A chefia tem que assumir essa responsabilidade, tem que tentar melhorar as relações. Se a chefia acolhesse o funcionário como alguém que está precisando de uma nova oportunidade, a equipe também ia agir assim. Eu acho que nem as chefes sabem muito bem o que acontece com quem tem uma doença mental, mas elas precisam começar a entender essas doenças, é delas a responsabilidade de conscientizar as equipes, não dá para ficar fingindo que esse problema não existe, as pessoas vão ter que aprender a conviver com tudo isso.” (E.7)</p> <p>“Acho que não é preciso mudar de setor depois do afastamento, dá para mudar as atividades que a pessoa faz na unidade, é só orientar a equipe para eles entenderem porque precisa ter essa diferença no trabalho. Não é que a pessoa vai fazer só aquilo que quer fazer, é que vai fazer aquilo que consegue fazer.” (E.8)</p>
--	--	--

Propostas de Intervenção	Suporte aos Trabalhadores	<p>“Eu acho que precisava ter um profissional para a gente, para procurar quando tem necessidade de desabafar, muito do que acontece, do sofrimento do funcionário é de ter que aguentar tudo sozinho, em silêncio, precisava de alguém aqui só para ouvir o funcionário.” (E.1)</p> <p>“Talvez as pessoas sintam falta de ter uma atenção maior aqui dentro, tem colegas que reclamam disso, mas eu sempre aconselho a buscar ajuda, se o hospital não tem psiquiatra tem que ir atrás disso sozinho, eu dou o exemplo de mim mesma, porque mesmo tendo ajuda eu não aguentei, não dá para ficar sem acompanhamento.” (E.2)</p> <p>“Seria até bom se aqui tivesse alguém especializado para acompanhar a saúde dos funcionários, que fosse da área da saúde mental, mas aqui isso é utopia. Se um dia tiver, só se for algum trabalho voluntário, mas pagar um psicólogo ou um psiquiatra para vir aqui atender funcionário, acho difícil acontecer.” (E.4)</p> <p>“Não tenho dúvida de que precisava de um atendimento para os funcionários daqui, mas eu tenho os pés no chão, aqui não existe isso, por isso quando eu vi que precisava de ajuda não fiquei esperando que viesse daqui, eu fui me tratar.” (E.5)</p> <p>“Precisava de um psiquiatra trabalhando junto com o SESMET, para atender a gente. Eles fazem tudo que podem para ajudar, mas tratamento mesmo precisa ser com um especialista, tem que ser com um psiquiatra, infelizmente a gente não tem esse atendimento aqui dentro, então acaba tendo que fazer o tratamento por fora.” (E.6)</p> <p>“Precisava ter mais médicos para cuidar dos funcionários, os que tem não dão conta, se tivesse mais médicos para atender a gente acho que evitava de ter tanto funcionário afastado.” (E.7)</p> <p>“Podia sim ter um profissional aqui dentro só para nos escutar, tem uma equipe de psicólogos aqui para atender os pacientes e os familiares, porque um deles não pode ficar só para os funcionários?” (E.8)</p>
--------------------------	---------------------------	--

Anexo 1

Parecer do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RETORNO AO TRABALHO DE TRABALHADORES DE ENFERMAGEM APÓS AFASTAMENTO POR TRANSTORNOS MENTAIS

Pesquisador: Priscilla Evelyn Penteado

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 09437612.2.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 206.061

Data da Relatoria: 26/02/2013

Apresentação do Projeto:

A pesquisadora parte do pressuposto que os trabalhadores de enfermagem estão expostos a cargas de trabalho que causam desgaste, baseando-se em estudos que atestam que a diversidade e a gravidade das doenças ocupacionais que afetam os trabalhadores de enfermagem são decorrência da natureza das condições desse trabalho: penoso e insalubre. Quando acometidos por problema psíquico, além do sofrimento causado pelo agravo os trabalhadores também sofrem com o estigma associado a esses problemas, que tem como consequência menor empregabilidade e quando empregado, falta de perspectiva de progressão na carreira e má qualidade de vida no trabalho. Portanto, há uma maior probabilidade de que um portador de transtorno mental adquira um subemprego, que ocupe uma posição inferior em seu trabalho, ou que esteja desempregado, se comparando aos que não manifestam problemas psíquicos. Quando o trabalhador é afastado devido à doença mental, frequentemente enfrenta hostilidade por parte dos colegas e passa a executar um trabalho de menor responsabilidade. Como resultado do estigma, os transtornos mentais são percebidos como geradores de incapacidade, maior do que quando ocorrem outras doenças, são desconsideradas as qualificação e as capacidades dos trabalhadores. Portanto, a pesquisadora considera que a redução do estigma relacionado às doenças mentais, dentro do ambiente de trabalho, apresenta-se como um dos maiores desafios ao abordar a questão da inserção e reinserção de pessoas com problemas emocionais no trabalho.

O objetivo deste estudo será analisar a percepção de trabalhadores de enfermagem de um hospital

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

especializado em oncologia, sobre a vivência do retorno ao trabalho após afastamento por transtornos mentais e comportamentais. O estudo está pautado na linha compreensiva, de abordagem qualitativa. A coleta de dados será feita por meio de entrevistas e por grupo focal, com os trabalhadores que tenham retornado ao trabalho no máximo há 6 meses. A coleta de dados será encerrada quando for construído um quadro empírico que apresente as associações entre os sujeitos sociais e o problema coletivo que vivenciam.

Objetivo da Pesquisa:

- Analisar a percepção de trabalhadores de enfermagem afastados por transtornos mentais e comportamentais sobre o retorno ao trabalho.
- Captar as percepção de dificuldades e facilidades encontradas pelos trabalhadores para o retorno ao trabalho.
- Propor estratégias de retorno ao trabalho, a partir das discussões com os trabalhadores.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: a pesquisadora reconheceu o risco do sujeito sentir-se fragilizado ao expor a sua vivência. No entanto, garantiu o encaminhamento do trabalhador que se sentir desconfortável, ou que manifestar alguma descompensação emocional durante a entrevista. Será encaminhado ao serviço de atenção à saúde do trabalhador do complexo HC (SESMIT).

Benefícios: propor alternativas para melhorar o retorno de trabalhadores ao trabalho, após período de afastamento de suas atividades.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa que produzirá resultados relevantes para o aprimoramento das condições de trabalho do trabalhador de enfermagem.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE de acordo com as normas preconizadas pela resolução 196/96: a entrevistadora garante a possibilidade de interrupção da participação do sujeito em qualquer momento da pesquisa, garante o anonimato dos sujeitos e sigilo os dados fornecidos.

Recomendações:

que comece o texto do TCLE explicitando: o sr(a) está sendo convidado para participar...

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Atender a recomendação feita.

A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP não substitui a autorização da instituição co-participante para o início da pesquisa.

O CEP EEUSP informa que há necessidade de registro dos relatórios: parcial e final da pesquisa, na plataforma Brasil.

SAO PAULO, 26 de Fevereiro de 2013

Assinador por:
Celia Maria Sívalli Campos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edipesq@usp.br