Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem

Vinicius Gomes Barros

A AÇÃO SOCIAL DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DIANTE DAS RESTRIÇÕES PARA O TRABALHO

São Paulo
2016

VINICIUS GOMES BARROS

A AÇÃO SOCIAL DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DIANTE DAS RESTRIÇÕES PARA O TRABALHO

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 e em Saúde

Orientadora: Prof.ª Drª. Patricia Campos Pavan Baptista

São Paulo

2016

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:___/____/___

Catalogação na Publicação (CIP)

Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Barros, Vinicius Gomes

A ação social dos trabalhadores de enfermagem diante das restrições para o trabalho / Vinicius Gomes Barros. São Paulo, 2016.

131 p.

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

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Patricia Campos Pavan Baptista

Área de concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde

1. Recursos humanos - enfermagem. 2. Equipe de enfermagem. 3. Qualidade de vida no trabalho. 4. Incapacidade de trabalho. 5. Saúde ocupacional. 6. Enfermagem. I. Título.

Nome: Vinicius Gomes Barros

Título: A ação social dos trabalhadores de enfermagem diante das restrições para o trabalho.

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.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos trabalhadores de enfermagem, verdadeiros guerreiros, explorados diariamente pelo modelo de produção vigente, usurpador e avassalador. Em especial aos trabalhadores que se dispuseram a participar deste estudo, contribuindo para avanços nos estudos sobre a saúde dos trabalhadores de enfermagem.

Aos meus pais Valter e Roseneide, por todo o amor, carinho, força e por acreditarem tanto em mim.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pai criador do céu e da terra, que morreu na cruz para nos livrar do pecado;

À minha querida e amada mãe Roseneide, ao meu amado e guerreiro pai Valter, à minha linda irmã Vívia, ao meu primo e irmão Mateus, à minha prima querida Sofia, à minha tia e segunda mãe Rosa, à amada Vovó Edineusa e ao Tio Elaelson. Minha família, base de tudo, os verdadeiros responsáveis para que eu conseguisse chegar até aqui. Eu amo muito vocês;

À querida orientadora e amiga, Profª. Drª. Patricia Campos Pavan Baptista, por todas as orientações neste estudo, pelas conversas, pelas risadas, pelas puxadas de orelha, pelos sorrisos, pelas lágrimas, pela força, por tudo que tive a oportunidade de viver durante este tempo. Você me ensinou muito mais do que pesquisa, pesquisa qualitativa e fenomenologia! Você contribuiu muito para que eu fosse uma pessoa melhor! Foi amiga, foi família, foi uma pessoa muito importante a qual levarei por toda a vida;

À querida Profª. Drª. Vanda Elisa Andres Felli, por me acolher tão bem no grupo, por me mostrar os caminhos a seguir, por todos os ensinamentos acadêmicos e não acadêmicos, pelas contribuições na banca de qualificação, por todo o carinho e cuidado que sempre teve comigo. Professora Vanda você é um dos grandes presentes que Deus me deu! Você é muito importante para mim! Eu sou imensamente grato por ter você em minha vida;

Ao grande Prof. Dr. Sóstenes Ericson Vicente da Silva, por todas as contribuições na banca de qualificação, por todos os ensinamentos nesta minha trajetória acadêmica desde a graduação, por me ensinar a entender as interfaces do meio de produção que vivemos e a íntima relação com a saúde do trabalhador, pelos conselhos, por ser amigo e companheiro de luta frente às imposições do capital;

Ao caríssimo Prof. Dr. Genival Fernandes de Freitas pelas contribuições na banca de qualificação, pelos ensinamentos acadêmicos nestes dois anos de convivência, pelas conversas, pelos bate-papos sobre a história da enfermagem que contribuíram

bastante para que eu pudesse entender melhor a divisão social do trabalho em enfermagem;

Aos meus companheiros do Grupo de Pesquisa Sobre a Saúde do Trabalhador de Enfermagem Carolina, Cristiane Gallasch, Fábio, Kátia, Renata, Silmar, Vivian Mininel, Anna Cláudia, Ana Ratier e Fernanda. Pela amizade, pelas discussões, pelos ensinamentos, pelo apoio, por estarem construindo conhecimento junto comigo para os trabalhadores de enfermagem;

Aos professores da Escola de Enfermagem da USP, em especial aos do ENO, por todos os ensinamentos que contribuíram diretamente para o desenvolvimento deste estudo e para a vida;

À Escola de Enfermagem da USP, em especial ao PPGEn – Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem, por me proporcionar oportunidades incríveis de aprendizado e experiências acadêmicas. Eu tinha um grande sonho de estudar neste lugar e hoje eu posso dizer que faço parte da melhor Escola de Enfermagem do Brasil e uma das melhores da América Latina;

Aos trabalhadores da EEUSP, seguranças, cozinheiros, secretários, bibliotecários, pessoal da limpeza, etc. Em especial à Marcinha da Pós-Graduação, ao Humberto e ao Vieira da portaria, pela disponibilidade, pelas conversas, pelo apoio, pelo incentivo, sou muito grato a vocês;

Ao Ulysses (Amigão), à Shihara, à Mylene, ao Trombini e ao Ricardo. Agradeço imensamente a Deus por ter colocado vocês em minha vida! Vocês foram verdadeiros companheiros e companheiras, me incentivaram e me deram muita força para o desenvolvimento dessa dissertação, foram a minha família aqui em São Paulo. Com vocês vivi os melhores momentos da minha vida durante esses dois anos, foram tantos sorrisos, tantas conversas, tantas resenhas, tantas histórias, tantas alegrias. Tivemos momentos difíceis também, nesses momentos choramos, sofremos, mas estivemos juntos, enfrentando todas as dificuldades e adversidades que a vida colocou em nossas vidas. Agradeço não só a vocês, mas também à vossas famílias, que muitas vezes também foram a minha família e me acolheram como filho. Vocês foram essenciais para que eu chegasse até aqui;

À Kathleen, uma pessoa muito importante na minha vida, por ter me incentivado e me dado força ao longo desses anos. Sou muito grato por tudo;

À minha amiga Mirian Almeida, pela amizade, pelos conselhos, por escutar meus desabafos, pelas parcerias de pesquisas e trabalhos acadêmicos, pelo apoio e força nos momentos em que precisei, por estar junto nessa batalha que é a pós-graduação;

Ao meu amigo Dr. Abel Gama, pela amizade, pelos tantos dias estudando até às 22 horas (hora em que a escola fecha) na sala da pró-aluno da pós-graduação, pelo apoio nos momentos em que precisei, por compartilhar de sorrisos e lágrimas, por ajudar a enfrentar a tristeza que é estar longe de casa e dos entes queridos;

Ao Cid, ao Bahiano, à Lisiane, ao Eduardo, ao Kayzan, ao Fred, ao Mestre Jarbas, à Prof. Verônica, ao Bené, à Thayná, à Clarisse, à Bárbara, ao Victor, ao Marlus, à Amanda, à Dayse, à Paullyne, à Ysa, à Camila, amigos e amigas, pessoas importantes, que independente de distâncias estiveram comigo acreditando em mim e me dando forças para seguir em minha jornada.

Às minhas amigas Marinete e Natália Sandoval por todo o apoio, todas as conversas, pela força, por me incentivarem, por estarem comigo em momentos bons e ruins, por tantas vezes me darem abrigo quando eu morava longe e não tinha como voltar pra casa tarde da noite. Vocês foram muito importantes nessa trajetória;

Aos meus amigos e companheiros de pós-graduação, à Ellen, à Fabíola Campos, à Samara, à Thais, à Regina, à Osmara, ao Daniel, à Eline, ao Marcos, ao Alexandre, à Lelia, à Cris Santoro, à Clara, ao Henry, ao Ricardo, à Franci, ao Pena, ao Dilson, ao Miguel, à Alda, ao Klebão, à Helo, à Ana Flávia, ao Antônio, à Patricia, pelas conversas na sala da pró-aluno da pós, pelo incentivo, pela força, pelos ensinamentos, por dividir os anseios da pós-graduação;

Aos companheiros da Escola de Enfermagem da USP Gama, Tadashi, Caio, Denise, João, Ismael, Israel, Débora, Taw, Ana, Francine, Tina, Gushi, Igor, Larissa Neves, Maiara, Fernanda, Natália Cafareli, pelos momentos de descontração necessários para se manter vivo durante o desenvolvimento da pós-graduação.

A Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem – ENEEnf, à Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn, ao Centro Acadêmico “A Voz da Enfermagem” - CAVEn, ao Centro Acadêmico XXXI de Outubro, à Universidade Federal de Alagoas e a todos que fazem parte destas entidades e instituições, importantíssimas para a enfermagem e para a minha formação acadêmica.

♫♫♫♪♫♪♫♪♪♪♪♫♫♪♫♪♫♪♫♫♪♫♪♫♪♫♪♫♫♪♫♪♫♪

Você não sabe o quanto eu caminhei
Pra chegar até aqui
Percorri milhas e milhas antes de dormir
Eu não cochilei
Os mais belos montes escalei
Nas noites escuras de frio chorei, ei, ei.

(A Estrada, Cidade Negra, 1998).

Barros VG. A ação social dos trabalhadores de enfermagem diante das restrições para o trabalho [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

RESUMO

Introdução: As restrições para o trabalho nos trabalhadores de enfermagem têm sido alvo de pesquisas nacionais e internacionais, evidenciando a magnitude do adoecimento da categoria bem como suas repercussões no âmbito individual e coletivo em diferentes contextos. Evidências científicas apontam para a fragilidade dos programas de retorno ao trabalho quando o trabalhador é reinserido no ambiente laboral após o adoecimento, traduzida pelo despreparo não somente dos profissionais na avaliação das incapacidades, como por parte das instituições que recebem o trabalhador com restrição física e/ou psíquica. Nesse aspecto, a presente pesquisa propôs compreender a ação social dos trabalhadores de enfermagem diante das restrições para o trabalho, desvelando a interface entre os trabalhadores com incapacidade e supervisores. **Método:** Trata-se de um estudo qualitativo a partir da fenomenologia social de Alfred Schütz, desenvolvido no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, que envolveu 06 trabalhadores de enfermagem com restrição, bem como 06 enfermeiros responsáveis por supervisionar o processo de trabalho. Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da USP (EEUSP) e do Hospital Universitário da USP (HUUSP), foram realizadas entrevistas individuais com os trabalhadores de enfermagem, por meio de 02 questões norteadoras para cada grupo. Após a realização das entrevistas, os discursos foram transcritos na íntegra para posterior análise, segundo o referencial da fenomenologia social de Alfred Schütz e outros referenciais da temática em questão. **Resultados:** A análise resultou na construção de duas categorias expressas pelos enfermeiros que coordenam o trabalho: *Vivenciando a incapacidade dos trabalhadores no cotidiano de trabalho* (motivos porque) que contemplou o conflito e a discriminação entre os trabalhadores, a preocupação com a produtividade e com a segurança do paciente e o reconhecimento quanto às falhas de estrutura institucional. A categoria *Projetando um cenário para o futuro* (motivos para) englobou a preocupação do enfermeiro gerente com o aumento do contingente de incapacitados, o reconhecimento da responsabilidade gerencial, a necessidade de implantar programas de retorno ao trabalho e de vigilância, promoção à saúde e

prevenção de agravos. Quanto aos trabalhadores com restrição também evidenciou-se duas categorias: *Vivenciando a incapacidade laboral* (motivos porque) que contemplou a exposição às cargas de trabalho como fator desencadeador da restrição, a vivência de sentimentos ambivalentes na organização do trabalho e a vivência da culpa pela restrição ao trabalho. A categoria *Projetando um cenário para o próprio futuro* (motivos para) englobou a espera de apoio e compreensão da equipe, as estratégias para reorganização do ambiente de trabalho e a necessidade de acompanhamento desse trabalhador que possui restrição. **Considerações Finais:** Os resultados evidenciaram a ação dos sujeitos diante da incapacidade, desvelando a interface entre os trabalhadores com restrição para o trabalho e os enfermeiros que coordenam o processo de trabalho, em que questões como a necessidade de implementação de Programas de Retorno ao Trabalho, envolvendo todos os trabalhadores e a capacitação dos gestores para o enfrentamento da problemática emergem na relação face a face.

PALAVRAS-CHAVE: Recursos humanos de enfermagem. Saúde do trabalhador. Qualidade de vida no trabalho. Incapacidade de trabalho. Enfermagem.

Barros VG. The social action of nursing workers in face of restrictions on work [dissertation]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

ABSTRACT

Introduction: The restrictions for work in nursing workers have been the subject of national and international research, evidencing the magnitude of illness in the category as well as its repercussions in the individual and collective scope in different contexts. Scientific evidences point to the fragility of programs to return to work when the worker is reinserted into the work environment after illness, translated by the lack of preparation not only of the professionals in the evaluation of the incapacities, but also by the institutions that receive the worker with physical restraint and / or psychic. In this aspect, the present research proposed to understand the social action of nursing workers in face of restrictions for work, revealing the interface between workers with disabilities and supervisors. **Method:** This is a qualitative study based on the social phenomenology of Alfred Schütz, developed at the University Hospital of the University of São Paulo, which involved 06 nursing workers with restriction, as well as 06 nurses responsible for supervising the work process. After the approval of the Research Ethics Committee (CEP) of the USP Nursing School (EEUSP) and the USP University Hospital (HUUSP), individual interviews were conducted with nursing workers, through 02 guiding questions for each group. After the interviews, the speeches were transcribed in full for further analysis, according to Alfred Schütz 's social phenomenology reference and other references of the subject matter. **Results:** The analysis resulted in the construction of two categories expressed by the nurses who coordinate the work: *Experiencing the incapacity of the workers in the daily work* (reasons why) that contemplated the conflict and the discrimination between the workers, the concern with productivity and with the Patient safety and recognition of failures in institutional structure. The category *Designing a scenario for own future* (reasons for) included the concern of the nurse manager with the increase of the contingent of the disabled, the recognition of managerial responsibility, the need to implement programs of return to work and of surveillance, health promotion and prevention of injuries. Concerning workers with restriction, two categories were also highlighted: *Experiencing the work disability* (reasons why), which included exposure to workloads as a triggering factor of the restriction, the experience of

ambivalent feelings in the organization of work and the experience of guilt by the restriction to work. The category *Designing a scenario for own future* (reasons for) included the waiting for support and understanding of the team, the strategies for reorganization of the work environment and the necessity to accompany this worker with restriction. **Final Considerations:** The results evidenced the action of the subjects in face of the incapacity, revealing the interface between the workers with restriction to the work and the nurses who coordinate the work process, in which issues such as the need to implement return to work programs, involving all workers and the training of managers to face the problem emerge in the face-to-face relationship.

KEYWORDS: Human resources of nursing. Worker's health. Quality of life at work. Work Disability. Nursing.

SUMÁRIO

1. O PESQUISADOR E O OBJETO DO ESTUDO: A APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA 17

1.1 AS INQUIETAÇÕES E O OBJETIVO DO ESTUDO 20

2. REVISITANDO A LITERATURA 21

2.1 CONTEXTUALIZANDO A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO E O ADOECIMENTO NOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM 22

2.2 CONCEITOS QUE CERCAM O FENÔMENO DA INCAPACIDADE LABORATIVA 26

2.3 A PROBLEMÁTICA DAS RESTRIÇÕES PARA O TRABALHO NOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM E A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS 33

3. REFERENCIAL FILOSÓFICO DE ALFRED SCHÜTZ E SEUS INTERLOCUTORES, E O CONTEXTO DO ESTUDO 38

4. MÉTODO 44

4.1 TIPO DE PESQUISA 45

4.2 LOCAL DA PESQUISA 45

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA 46

4.4 COLETA DE DADOS 46

4.5 ANÁLISE DOS DISCURSOS 47

5. RESULTADOS 49

5.1 AS CATEGORIAS CONCRETAS DO VIVIDO DOS ENFERMEIROS GERENTES 50

5.1.1 VIVENCIANDO A INCAPACIDADE DOS TRABALHADORES NO COTIDIANO DE TRABALHO 50

5.1.1.1 O Conflito e a discriminação entre os trabalhadores 51

5.1.1.2 A preocupação com a produtividade e a segurança do paciente 55

5.1.1.3 Reconhecimento quanto às falhas de estrutura institucional 58

5.1.2 PROJETANDO UM CENÁRIO PARA O FUTURO 59

5.1.2.1 O aumento do contingente de incapacitados.....60

5.1.2.2 O reconhecimento da responsabilidade gerencial 63

5.1.2.3 Necessidade de implantar Programas de Retorno ao Trabalho 67

5.1.2.4 Vigilância, promoção à saúde e prevenção de agravos.....68

5.2 AS CATEGORIAS CONCRETAS DO VIVIDO DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM COM RESTRIÇÃO 75

5.2.1 VIVENCIANDO A INCAPACIDADE LABORAL 75

5.2.1.1 A exposição às cargas de trabalho como fator desencadeador da restrição. 76

5.2.1.2 A vivência de sentimentos ambivalentes na organização.....80

5.2.1.3 A vivência da culpa pela restrição para o trabalho.....84

5.2.2 PROJETANDO UM CENÁRIO PARA O PRÓPRIO FUTURO.....86

5.2.2.1 A espera de apoio e compreensão da equipe 86

5.2.2.2 Estratégias para reorganização do ambiente de trabalho.....87

5.2.2.3 Necessidade de acompanhamento ao trabalhador que possui restrição 90

6. DISCUSSÃO 93

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS 108

REFERÊNCIAS.....111

APÊNDICE.....119

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....120

ANEXOS 123

ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DA ESCOLA DE ENFERMGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - EEUSP 124

ANEXO 2 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – HUUSP 128

1. O PESQUISADOR E O OBJETO DO ESTUDO: A APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA

O meu interesse pela Saúde do trabalhador nasceu ainda no curso de graduação, quando a partir dos primeiros contatos com as atividades práticas em hospitais e centros de saúde, observei os problemas de saúde vivenciados pelos trabalhadores de enfermagem. Atentei para o estresse, os problemas de coluna, e outras queixas de saúde frequentemente relatas pelos trabalhadores de enfermagem.

Essas primeiras experiências evidenciaram para mim um contexto de trabalho marcado por ritmo acelerado, hierarquia rígida, fragilidade nos vínculos empregatícios, escassez de recursos humanos e materiais, impondo aos trabalhadores de enfermagem, uma série de agravos à saúde. Diante desse cenário, passei a buscar na literatura as questões relativas ao processo de trabalho no modelo de sociedade vigente, identificando então o processo de precarização do trabalho de enfermagem, que repercute na forma como esses trabalhadores vivem e adoecem.

No contexto nacional, os modelos de organização do trabalho, caracterizados por supervisão estrita, rigidez hierárquica, associados às más condições de trabalho, caracterizadas pela inadequação de recursos materiais, físicos e humanos em aspectos quantitativos e qualitativos, estão associados não apenas aos acidentes de trabalho como uma diversidade de outros processos de desgastes, os quais comprometem a capacidade laboral dos trabalhadores de enfermagem, temporária ou permanentemente (Baptista, 2014; Vasconcelos et al., 2012).

Observei que na última década, são inúmeros os estudos que descrevem as sintomatologias dos trabalhadores de enfermagem, incluindo os problemas de coluna, as tendinites, pelo uso excessivo do corpo, adoção de posturas inadequadas, carregamento de peso, jornadas extenuantes, os acidentes com material biológico até os problemas de ordem psíquica, como o estresse e a depressão (Silva, 2016; Baptista et al., 2015; Felli, Baptista, 2015; Baptista, 2014; Silva, Baptista, 2013; Lelis et al., 2012; Ribeiro et al., 2012; Leite, Merighi, Silva, 2007; Cezar, Marziale, 2006; Batista, Bianchi, 2006)

Pesquisadores apontam uma série de desgastes em especial relacionados aos problemas musculoesqueléticos e transtornos psíquicos (Cossi et al.,2015;

Mininel et al., 2012; Silva, Baptista, 2013) como responsáveis pelos altos índices de absenteísmo e de restrições para o trabalho.

No caminhar do meu processo de formação, nas disciplinas de gerenciamento, fui me aproximando das situações vivenciadas pelos supervisores e ou gerentes de enfermagem em decorrência de trabalhadores com restrições físicas e ou psíquicas para o trabalho, percebendo os conflitos presentes na dinâmica organizacional.

Ao perceber que o trabalhador de enfermagem ao retornar ao trabalho com alguma restrição, necessita essencialmente ajustar-se ao posto de trabalho, atendendo às exigências e respeitando suas restrições, verifiquei as dificuldades vivenciadas por toda a equipe, especialmente os trabalhadores com restrição e seus supervisores. As dificuldades relativas à própria organização do trabalho e ao desempenho das atividades por parte do trabalhador que retorna com restrição, bem como a dificuldade de compreensão e aceitação da incapacidade, trazendo sérios prejuízos para a qualidade do trabalho.

Ao investigar as pesquisas que descrevem essa problemática, especialmente evidenciada por dados numéricos, aproximei-me do objeto da presente pesquisa que é a ação social dos trabalhadores de enfermagem diante das restrições para o trabalho, a fim de desvelar o impacto da restrição para o trabalho, não somente para o trabalhador que adoece, mas, para os coordenadores, supervisores ou gestores, que precisam gerir a força de trabalho com limitação e gerenciar todos os problemas decorrentes da incapacidade. Estudo recente alerta para a gravidade e sofrimento dos trabalhadores com incapacidade, uma vez que as restrições para o trabalho trazem inúmeros prejuízos para a dinâmica do serviço e consequentemente podem impactar na qualidade e na segurança do cuidado (Baptista, 2014).

Assim, apresento as inquietações que me motivaram para realização desta pesquisa, bem como o objetivo que me conduziu neste caminhar.

1.1 AS INQUIETAÇÕES E O OBJETIVO DO ESTUDO

- ✓ Como é para o trabalhador de enfermagem possuir uma restrição para o trabalho?
- ✓ Os trabalhadores que possuem restrição sentem-se acolhidos quando retornam ao trabalho?
- ✓ Como os gerentes atuam diante de trabalhadores com restrições?
- ✓ Como ocorre a interface entre trabalhador restrito e sua supervisão ou gerência?
- ✓ A gerência de enfermagem está preparada para lidar os trabalhadores restritos na reinserção ao trabalho?
- ✓ Quais as expectativas diante da problemática?

Diante de tais inquietações, desenvolvi o presente estudo que teve como objetivo: ***Compreender a ação social dos trabalhadores de enfermagem diante das restrições para o trabalho, desvelando a interface entre os trabalhadores com incapacidade e supervisores.***

As considerações anteriormente apresentadas acerca da minha prática profissional evidenciaram-se como uma aproximação com o fenômeno a ser estudado, entretanto, julgo necessário apresentar ao leitor aspectos concernentes à temática, os quais ocuparão os próximos capítulos.

2. REVISITANDO A LITERATURA

2.1 CONTEXTUALIZANDO A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO E O ADOECIMENTO NOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM

O trabalho é definido como um processo envolvendo o homem e a natureza, em que o homem media, e controla seu metabolismo com a Natureza, a partir de uma intencionalidade, principalmente, pela capacidade de prévia ideação, uma vez que sua ação é orientada para uma finalidade (Marx, 1996; Cavalcanti et al., 2012).

A partir do trabalho que o homem dá o salto ontológico de um ser orgânico para um ser social, uma vez que não pode haver existência social sem trabalho, ainda que certamente a existência social não se resuma a ele. Portanto, pelo protagonismo exercido pelo Trabalho para a sociabilidade humana, é possível afirmar que os diversos tipos de sociedade são determinadas pela maneira como o trabalho está organizado e como o mesmo insere-se no cotidiano dos indivíduos (Marx, 1996; Lukács 1981; Lessa, 2007; Cavalcanti et al., 2012).

Na forma de sociabilidade atual, o trabalho passa a ser realizado não apenas com o objetivo de satisfazer às necessidades humanas (sua forma genuína). Mas também, orientado para a produção de lucro, ou melhor, para as necessidades de acumulação e expansão do capital, razão pela qual, constituir-se-á em um trabalho extremamente precarizado tanto para o trabalhador e a satisfação de suas necessidades, como no resultado que produz (Cavalcanti et al., 2012).

É indiscutível a importância do trabalho para a organização e o desenvolvimento da sociedade, da produção e da vida dos indivíduos, uma vez que o trabalhador dele retira seu sustento, adquire *status* social, estabelece relações sociais e se desenvolve. Nessa perspectiva, o trabalho representa um potencializador da saúde e da vida. No entanto, como o trabalho se organiza na sociedade capitalista, também pode constituir-se, como um fator desgastante e favorecedor de acidentes, doenças e morte (Felli, Baptista, 2015).

Sob determinadas condições, o trabalho promove a vida dos trabalhadores na medida em que favorece o acesso à satisfação de diferentes necessidades; sob outras condições, promove a exposição a determinadas situações adversas, as quais podem comprometer sua saúde, favorecendo os processos de desgaste do trabalhador (Felli, Baptista, 2015).

Tratando-se dos trabalhadores de enfermagem, a literatura nacional tem evidenciado má remuneração salarial, carga horária de trabalho elevada, condições estruturais deficientes e desprestígio profissional, como exemplos dos fenômenos mais atuais que assolam a prática profissional, e que confirmam o extremo processo de precarização vivenciado por estes trabalhadores (Cavalcanti et al., 2012).

Pesquisa recente realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) revelou que a enfermagem hoje no Brasil é composta por um contingente de 1.804.535 de trabalhadores, dos quais 80% são técnicos e auxiliares de enfermagem e 20% são enfermeiros. Deste total, 66% dos trabalhadores apontam algum desgaste profissional. Esse é um dado preocupante, uma vez que o adoecimento e as incapacidades para o trabalho, além do comprometerem da saúde do trabalhador, podem trazer repercussões diretas para a qualidade da assistência de enfermagem (Machado et al., 2016a; Machado et al., 2016b).

Estudo recente realizado em Hospitais Universitários Brasileiros sobre o monitoramento da saúde do trabalhador de enfermagem revelou que os trabalhadores de enfermagem estiveram expostos à diferentes cargas de trabalho, as quais geraram inúmeros desgastes, impactando na qualidade de vida do trabalhador e na qualidade dos serviços de saúde (Felli, Baptista, 2015).

As cargas de trabalho, segundo Laurell, Noriega (1989), constituem “os elementos do processo de trabalho que interatuam entre si e com o corpo do trabalhador, gerando desgaste”, ou mais especificamente, “perda da capacidade potencial e/ou efetiva do corpo biopsíquico’’, sendo estas agrupadas em: físicas, químicas, biológicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas, como segue:

- **Cargas Físicas**: aquelas que podem ser detectadas e medidas sem envolver o corpo humano, caracterizadas pelo ruído, pelas vibrações, pelo calor, pela umidade, pela ventilação e por alterações na iluminação.

- **Cargas Químicas**: incluem todas as substâncias químicas, como os pós, fumaça, vapores, líquidos ou pastas, que estejam presentes no processo de trabalho.

- **Cargas Biológicas**: caracterizadas pelos micro-organismos presentes no ambiente de trabalho, seja no ar ou em objetos, que possam produzir algum dano à saúde do trabalhador.

- **Cargas Mecânicas**: aquelas que fazem parte do ambiente de trabalho, incluindo os materiais soltos, as condições de instalação e manutenção, que possam causar uma ruptura instantânea de continuidade do corpo, representadas por contusões, fraturas, e outros.

- **Cargas Fisiológicas**: abrangem, entre outras, os esforços físicos, as posições incômodas assumidas pelo corpo do trabalhador em decorrência de qualquer atividade do processo de trabalho.

- **Cargas Psíquicas**: caracterizam-se através dos elementos do processo de trabalho que são fontes de estresse, gerando alterações psicossomáticas.

Estudo que contemplou hospitais universitários brasileiros identificou que quanto à exposição dos trabalhadores de enfermagem às cargas, as maiores frequências foram as cargas fisiológicas, com coeficiente de risco (CR) de 43,8 exposições/100 trabalhadores de enfermagem, as cargas biológicas com CR de 29,5 exposições/100 trabalhadores de enfermagem, e as cargas psíquicas com CR de 26,5 exposições/100 trabalhadores de enfermagem. Quando se verificou os desgastes relacionados ao tipo de carga foram mais frequentes em relação às cargas psíquicas, com CR de 69,2 exposições/100 trabalhadores de enfermagem (Felli, Baptista, 2015).

Estudo recente sobre o impacto do ambiente de trabalho no processo saúde-doença dos trabalhadores de enfermagem também afirma que as principais repercussões do processo laboral na vida dos trabalhadores são as doenças osteomusculares, as varizes e o estresse (Shoji, Souza, Farias, 2015).

Os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) têm representado uma das principais causas de incapacidade e afastamentos das atividades laborais por motivo de doença do trabalho no Brasil. As tendinites, as tenossinovites, a bursite, a síndrome do túnel do carpo e a lesão *De Quervain*, associados à depressão e a transtornos de ansiedade são descritos como as

principais causas de incapacidade nos trabalhadores de Enfermagem. Nesse contexto, os afastamentos por DORT têm sido evidenciado como uma problemática grave e ainda carente de intervenções, considerando as incapacidades adquiridas e os prejuízos do afastamento do trabalho por longos períodos (Baptista, 2014; Silva, Baptista, 2013).

Ressalta-se que os distúrbios musculoesqueléticos relacionados ao trabalho têm íntima relação com sofrimento psíquico no trabalho. Estudo internacional, realizado com 385 *enfermeiras*, evidenciou que estas trabalhadoras estão expostas a elevados níveis de estresse e 89,9% das participantes do estudo apresentaram algum tipo de lesão musculoesqueléticas durante os últimos 12 meses antecedentes à pesquisa; queixas na região inferior das costas foram as mais relatadas pelas enfermeiras (61,8%) (Barzideh, Choobineh, Tabatabaee, 2013).

A vasta literatura sobre os distúrbios osteomusculares e os transtornos mentais nos trabalhadores de enfermagem já são suficientes para evidenciar o perfil de morbidade da categoria profissional (Fonseca, Fernandes, 2010; Lelis et al., 2012; Magnago et al., 2010; Schmidt, Dantas, 2012; Silva, Baptista, 2013; Shoji, Souza, Farias, 2015; Tinubu et al., 2010). Nesse sentido, as consequências dessa problemática têm preocupado pesquisadores, gestores e os usuários, uma vez que frequentemente, o adoecimento pode gerar restrições físicas e/ou mentais nos trabalhadores, comprometendo sua capacidade para o trabalho e a qualidade dos serviços de saúde.

Estudo recente evidencia que existe uma preocupação entre recursos humanos e a segurança do paciente, na busca pelo equilíbrio entre a produtividade institucional e a oferta do cuidado qualificado (Baptista et al., 2015).

Portanto, a literatura tem evidenciado que, embora doentes, muitas vezes, os trabalhadores permanecem em suas atividades, o que pode agravar ainda mais a evolução das doenças e prejudicar a organização do trabalho (Sancinetti et al.,2009).

Questões históricas do trabalho *em* enfermagem são marcadas por dedicação ao trabalho e abnegação, as quais conferem ainda ao trabalhador de enfermagem uma tendência a permanecerem no trabalho mesmo estando doentes, e recorrendo

aos tratamentos e afastamento do trabalho apenas quando a doença é de fato impossibilitadora (Batista, Juliani, Ayres, 2010; Baptista, 2014).

O fenômeno do presenteísmo é definido como a presença física do funcionário no trabalho, porém, devido a problemas físicos ou mentais, não consegue desempenhar, em sua plenitude, suas atividades laborais, levando assim a uma diminuição da produtividade (Paschoalin, 2012).

Estudos sobre o presenteísmo revelam que os trabalhadores de enfermagem permanecem no trabalho, mesmo apresentando alterações em sua saúde, aumentando o seu esforço para desempenho de suas atividades laborais. Como consequência há a diminuição na qualidade do trabalho pela possibilidade de erros e diminuição da atenção ao realizar suas tarefas (Silva, 2016; Paschoalin, Griep, Lisboa, 2012; Umann, Guido, Grazziano, 2012, Sancinetti et al.,2009).

Ao analisar esse contexto, é importante aprofundar nosso olhar sobre alguns conceitos que cercam o fenômeno da incapacidade laboral, os quais irão permear a discussão da problemática apresentada no presente estudo.

2.2 CONCEITOS QUE CERCAM O FENÔMENO DA INCAPACIDADE LABORATIVA

Evidencia-se na literatura que muitas doenças, relacionadas ou não ao trabalho, exigem, pela sua gravidade, o imediato afastamento do trabalho, como parte do tratamento (repouso obrigatório) e/ou pela necessidade de interromper a exposição aos fatores de risco presentes nas condições e/ou nos ambientes de trabalho (Brasil, 2001).

A Doença Ocupacional é produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade e constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social (Brasil, 2016). Nesse sentido, é importante destacar que a Portaria Nº 24, de 29 de dezembro de 1994, em seu Artigo 1º, aprovou o texto da Norma Regulamentadora N.º 7 (NR7), estabelecendo a obrigatoriedade de elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do

Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO, com o objetivo de promoção e preservação da saúde do conjunto dos seus trabalhadores (Brasil, 1994).

Com a regulamentação do PCMSO, estabeleceu-se a necessidade de prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce dos agravos à casos de doenças profissionais, uma vez que este inclui, entre outros, a realização obrigatória dos exames médicos: admissional; periódico; de retorno ao trabalho; de mudança de função; e demissional. Do ponto de vista formal, para cada exame médico realizado, deverá ser emitido o Atestado de Saúde Ocupacional – ASO, que confere ao trabalhador, a aptidão para a realização de determinada função dentro da empresa. Sendo assim, para fins de restrições para o trabalho, o médico deverá emitir o ASO, descrevendo se o trabalhador está apto ou inapto para a função específica vai exercer, com o detalhamento de suas restrições (Brasil, 1994).

Ainda conforme a NR 7 (Brasil, 1994), sendo verificada a presença ou agravamento de doenças profissionais, com os exames médicos, ou sendo verificadas alterações que revelem qualquer tipo de disfunção de órgão ou sistema biológico, por meio dos exames constantes na NR7 (apenas aqueles com interpretação SC[1]) , mesmo sem sintomatologia, caberá ao médico-coordenador ou encarregado:

- solicitar à empresa a emissão da Comunicação de Acidente do Trabalho - CAT;

- indicar, quando necessário, o afastamento do trabalhador da exposição ao risco, ou do trabalho;

- encaminhar o trabalhador à Previdência Social para estabelecimento de nexo causal, avaliação de incapacidade e definição da conduta previdenciária em relação ao trabalho;

- orientar o empregador quanto à necessidade de adoção de medidas de controle no ambiente de trabalho.

[1] A interpretação “SC” além de mostrar uma exposição excessiva, o indicador biológico tem também significado clínico ou toxicológico próprio, ou seja, pode indicar doença, estar associado a um efeito ou uma disfunção do sistema biológico avaliado.

É importante distinguir deficiência, disfunção e incapacidade para o trabalho. A doença relacionada ao trabalho ou o acidente de trabalho, no seu sentido mais amplo, poderá ter produzido ou estar produzindo deficiência ou disfunção (*impairment*), que, segundo a OMS, é qualquer perda ou anormalidade da estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica. A avaliação da natureza e do grau da deficiência é um procedimento médico. Essa avaliação pode e deve ser feita pelo médico que atendeu ao paciente/segurado e, em caráter complementar, por outros especialistas consultados. A boa prática desse procedimento busca evitar a caracterização bipolar de tudo ou nada, utilizando-se ao máximo escalas de estagiamento da deficiência ou disfunção. Como princípio, busca-se, cada vez mais, valorizar ao máximo a capacidade residual do paciente/trabalhador em todas as esferas da vida, inclusive no trabalho (Brasil, 2001).

Já incapacidade (*disability*), segundo a OMS, é qualquer redução ou falta (resultante de uma deficiência ou disfunção) da capacidade para realizar uma atividade de uma maneira que seja considerada normal ou que esteja dentro do considerado normal, referindo-se às coisas que as pessoas não conseguem fazer (Brasil, 2001).

A definição de incapacidade para o trabalho (*Work Disability*) desempenha um papel crítico na determinação da população considerada incapacitada que, por exemplo, serão elegíveis para compensação monetária ou reabilitação profissional. A partir do seguro social ou perspectiva médico-legal, a incapacidade para o trabalho é considerada através de suas consequências jurídicas e administrativas em termos de direitos, responsabilidades e benefícios de compensação (Lederer, Loisel, Rivard, 2014).

Estudo de revisão sistemática (*Scoping Review*) explorou a diversidade de conceitos sobre incapacidade para o trabalho e mostrou que a definição de incapacidade para o trabalho é apenas parcialmente determinada por *"impairment"* (deficiência). Outros fatores (psicossocial, contextuais, etc.) não são segurados e a própria noção de trabalho é muitas vezes ambígua (Lederer, Loisel, Rivard, 2014).

No Brasil, para fins previdenciários, é valorizada a incapacidade laborativa ou a incapacidade para o trabalho, que foi definida pelo INSS como a impossibilidade

do desempenho das funções específicas de uma atividade em consequência de alterações morfopsicofisiológicas provocadas por alguma doença ou acidente (Brasil, 2001).

A Previdência Social Brasileira classifica, em sua sessão IV do seu último Anuário Estatístico publicado, as incapacidades para o trabalho, como temporária e permanente. A incapacidade temporária compreende os trabalhadores que ficaram temporariamente incapacitados para o exercício de sua atividade laborativa em função de acidente ou doenças do trabalho. Durante os primeiros 15 dias consecutivos ao do afastamento da atividade, caberá à empresa pagar ao segurado empregado o seu salário integral. Após este período, o trabalhador deverá ser encaminhado à perícia médica da Previdência Social para requerimento do auxílio-doença acidentário. No caso de trabalhador avulso e segurado especial, o auxílio-doença acidentário é pago a partir da data do acidente (Brasil, 2013).

Já a incapacidade permanente refere-se aos trabalhadores que ficaram permanentemente incapacitados para o exercício laboral. A incapacidade permanente pode ser de dois tipos: parcial e total, sendo a incapacidade permanente parcial referida ao trabalhador que após o devido tratamento, apresentar sequela definitiva que implique em redução da capacidade. O outro tipo ocorre quando o acidentado em exercício laboral apresentar incapacidade permanente e total para o exercício de qualquer atividade laborativa. Esta informação é captada a partir da concessão do benefício aposentadoria por invalidez por acidente do trabalho (Brasil, 2013).

O anuário explica que a partir de 2007, o INSS instituiu uma nova sistemática de concessão de benefícios acidentários que teve impacto sobre a forma como são levantadas as estatísticas de acidentes do trabalho. Esta metodologia aprovada necessitava de uma fonte primária, que aliada à CAT, minimizasse a subnotificação dos acidentes e das doenças do trabalho e a consequente bonificação para sonegadores de informação. Assim, a utilização de estudos aplicando fundamentos estatísticos e epidemiológicos, mediante o cruzamento dos dados de código da Classificação Internacional de Doenças – CID 10 e de código da Classificação Nacional de Atividade Econômica – CNAE, permitiu identificar forte associação entre diversas lesões, doenças, transtornos de saúde, distúrbios, disfunções ou a

síndrome de evolução aguda, subaguda ou crônica, de natureza clínica ou subclínica, inclusive morte, independentemente do tempo de latência (formas que convencionou se denominar, no âmbito da Previdência Social “agravo”) e diversas atividades desenvolvidas pelo trabalhador (Brasil, 2013).

Consequentemente, a partir da identificação das fortes associações entre agravo e atividade laboral foi possível construir uma matriz, com pares de associação de códigos da CNAE e da CID-10 que subsidia a análise da incapacidade laborativa pela medicina pericial do INSS: o Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP. O NTEP surge, então, como mais um instrumento auxiliar na análise e conclusão acerca da incapacidade laborativa pela perícia médica do INSS com a adoção de três etapas sequenciais e hierarquizadas para a identificação e caracterização da natureza da incapacidade – se acidentária ou não acidentária (previdenciária) (Brasil, 2013).

As três etapas são:

1 – Identificação de ocorrência de Nexo Técnico Profissional ou do Trabalho – NTP/T – verificação da existência da relação “agravo – exposição” ou “exposição – agravo”;

2 – Identificação de ocorrência de Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP – averiguação do cruzamento do código da CNAE com o código da CID-10 e a presença na matriz do NTEP;

3 – Identificação de ocorrência de Nexo Técnico por Doença Equiparada a Acidente do Trabalho – NTDEAT – implica a análise individual do caso, mediante o cruzamento de todos os elementos levados ao conhecimento do médico-perito da situação geradora da incapacidade e a anamnese.

A ocorrência de qualquer um dos três nexos implicará na concessão de um benefício de natureza acidentária. Se não houver nenhum dos nexos, o benefício será classificado como previdenciário. Com a adoção dessa sistemática não é mais exigida a vinculação de uma CAT a um benefício para a caracterização deste como de natureza acidentária. Embora a entrega da CAT continue sendo uma obrigação legal, o fim da exigência para a concessão de benefícios acidentários implicou

alterações nas estatísticas apresentadas nessa seção. Passou-se a ter um conjunto de benefícios acidentários, causados por acidentes do trabalho, para os quais não há CAT associada. O conjunto dos acidentes registrados passou a ser, então, a soma dos acidentes informados por meio da CAT com o conjunto de acidentes ou doenças do trabalho que deram origem a benefícios acidentários para os quais não há uma CAT informada (Brasil, 2013).

Assim, o que se pode observar é que durante o ano de 2013, foram registrados no INSS cerca de 717,9 mil acidentes do trabalho e comparado com 2012, o número de acidentes de trabalho teve aumento de 0,55%. Observou-se também que o total de acidentes registrados com CAT aumentou em 2,30% de 2012 para 2013. As incapacidades temporárias aumentaram em 0,87% e as incapacidades permanentes decresceram em 12,96%. As principais consequências dos acidentes de trabalho liquidados foram as incapacidades temporárias com menos de 15 dias e com mais de 15 dias, cujas participações atingiram 46,04% e 36,79% do total, respectivamente (Brasil, 2013).

No subsetor Saúde e Serviços Sociais, classificado pela Previdência Social (Brasil, 2013), com 12,08% dos eventos acidentários que resultam muitas vezes em incapacidades, encontra-se a enfermagem.

A par de todo esse cenário, evidencia-se que o adoecimento e a incapacidade para o trabalho, são assuntos de grande polêmica e complexidade, tendo em vista as lacunas existentes nas políticas de atenção à saúde do trabalhador no Brasil. As falhas no processo de avaliação das incapacidades, os diagnósticos tardios, a lentidão nos tratamentos além da falta de conhecimento e preparo dos líderes para acolher o trabalhador que retorna com limitação, são fatores que permeiam a vivência sofrida dos trabalhadores (Baptista, 2014).

Desse modo, essa temática tem sido alvo de pesquisas nacionais e internacionais (Baptista, 2014; Coggon, 2013, Souza, Santana, 2012; Umann, Guido, Grazziano, 2012), evidenciada por diferentes tipos de restrições, físicas e/ou psíquicas.

Tratando-se das incapacidades para o trabalho, ainda é importante acrescentar que os Programas de Retorno ao Trabalho no Brasil, apresentam

inúmeras falhas, as quais trazem prejuízos não apenas para o trabalhador que adoece e retorna ao trabalho com alguma deficiência, portanto incapaz para exercer determinada atividade, como para a dinâmica de trabalho.

Estudo realizado em um hospital de São Paulo revelou que, mesmo diante de funcionários com incapacidades para o trabalho, a Previdência Social encaminhava-os para retornar ao trabalho sem readaptação ou reabilitação profissional prévia (Vieira et al., 2010).

Complementam ainda os autores que, existem alguns obstáculos para o sucesso de programas de retorno ao trabalho, como a ausência de membros na equipe multiprofissional, limitando assim a capacidade dos profissionais para determinar a natureza das restrições, e proposições de melhorias do ambiente de trabalho; além da grande dificuldade de inserção e aceitação do trabalhador e do empregador em regime de retorno parcial ao trabalho (Vieira et al., 2010).

Em outro estudo, realizado com *trabalhadoras* de enfermagem, sobre a incapacidade vivenciada no retorno ao trabalho, foi possível apreender que as trabalhadoras foram reinseridas no processo de trabalho de forma abrupta e sem preparo, e muitas vezes, no mesmo local onde desencadeou o adoecimento, o que evidencia uma séria problemática nos serviços (Silva, Baptista, 2013).

No contexto internacional, vale destacar o Programa de retorno ao trabalho de Sherbrook que propõe intervenções integradas, direcionadas ao trabalhador e ao local de trabalho, considerando indispensável o envolvimento de múltiplos agentes na prevenção e recuperação do trabalhador incapacitado, por meio de uma abordagem transdisciplinar ao invés de focar-se, exclusivamente, no tratamento da doença. Pesquisa realizada no Canadá com a implementação do Modelo de Sherbrooke evidenciou que, durante os 6.4 anos de acompanhamento do estudo, houve uma economia para os empregadores de US$18.585,00 por trabalhador. Além deste impacto financeiro, 293 dias de afastamento foram “economizados” no seis anos de acompanhamento (Loisel, Durand, 2005; Loisel et al., 2002).

Infelizmente, no Brasil, quando o trabalhador com alguma restrição/incapacidade para o trabalho, retorna ao trabalho, frequentemente ele é reinserido de forma abrupta, com o olhar estritamente biológico, e a equipe que o

recebe, não está preparada para recebê-lo, nem tampouco o serviço possui condições para essa reorganização do processo de trabalho, potencializando problemas interpessoais no trabalho e possivelmente, desencadeando o agravamento do sofrimento do trabalhador acometido (Baptista, 2014).

Visto os conceitos que cerca o fenômeno da incapacidade laborativa, é importante aprofundar os conhecimentos sobre a problemática das restrições para o trabalho nos trabalhadores de enfermagem e a organização dos serviços. Esses conhecimentos permitirão discutir e contextualizar com as evidências deste estudo.

2.3 A PROBLEMÁTICA DAS RESTRIÇÕES PARA O TRABALHO NOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM E A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

No Relatório Mundial de Saúde de 2006, os dados apresentados apontam para a crise da força de trabalho em saúde em muitos países, evidenciando que os trabalhadores de saúde enfrentam o risco de violência, acidentes, doença e morte, e esses riscos podem fazer com que eles deixem seus locais de trabalho (OMS, 2006).

Em relação aos trabalhadores de enfermagem, vários estudos nacionais e internacionais denunciam as más condições de trabalho e consequentemente, o adoecimento (Avendaño et al., 2009; Batista et al., 2005; Baptista, 2014; Cavalcanti et al., 2012; Coggon, 2013; Cossi et al., 2015; Felli, Baptista, 2015; Barros, Silva, Baptista, 2015; Mininel et al., 2012; Paschoalin, 2012; Perez et al., 2014; Souza, Santana, 2012; Trindade et al., 2015; Umann, Guido, Grazziano, 2012; Vasconcelos et al., 2012).

No Brasil, um estudo realizado no Hospital Universitário de São Paulo com a equipe de enfermagem (Estorce, Kurcgant, 2011), evidenciou que os afastamentos do trabalho representaram 32.022 dias perdidos, em um período de 5 anos. Essa diminuição de contingente para o efetivo de trabalho traz prejuízos importantes para o serviço, repercutindo no trabalho da equipe de enfermagem que acaba atuando em número reduzido devido a estes afastamentos.

Ao debruçar-nos para a problemática do adoecimento nos trabalhadores de enfermagem, é importante resgatar a divisão social do trabalho na profissão, uma vez que a mesma interfere no perfil de adoecimento de cada categoria na enfermagem.

A divisão social do trabalho na Enfermagem evidenciada pela divisão de tarefas manuais e intelectuais entre as pessoas de classes sociais diferentes se devolveu no século XX, quando o avanço tecnológico, ao lado das políticas de saúde, sob o capitalismo, ampliaram a divisão social do trabalho e criaram novas categorias encarregadas do cuidado direto ao usuário. Tratando-se das atividades, verifica-se que os profissionais com curso superior (enfermeiros) apropriaram-se do trabalho de supervisão e controle, solidificando o seu papel de trabalhador intelectual da enfermagem, com atividades relacionadas à administração, supervisão e ensino, e os profissionais de nível médio, ficaram responsáveis por atividades cunho manual, relacionadas predominantemente, ao cuidado direto aos pacientes (Melo, 1986).

Ao impactar na organização do processo de trabalho, a divisão social do trabalho na enfermagem consequentemente, acarreta em diferentes tarefas para cada profissional que compõe a equipe de enfermagem. Assim, após décadas de estudo na Saúde do trabalhador de enfermagem, pode-se afirmar que essa divisão social e técnica do trabalho também repercute na forma como os trabalhadores adoecem.

Observa-se que o enfermeiro, que possui formação de nível superior, tem a sua atuação mais voltada para os aspectos gerenciais, “intelectuais”, adoecendo frequentemente por problemas de saúde relacionados ao estresse, depressão entre outros. Já os auxiliares e técnicos de enfermagem, com formação de nível fundamental e médio, os quais têm atividades técnicas ou “manuais” da profissão, tendem a adoecer por problemas musculoesqueléticos (Umann, Guido, Grazziano, 2012; Souza, Santana, 2012; Paschoalin, 2012; Mininel et al., 2012; Coggon, 2013; Perez et al., 2014; Baptista, 2014; Trindade et al., 2015; Felli, Baptista, 2015).

No cenário nacional, existem diversas pesquisas que apontam diferenças formas de adoecer nos trabalhadores de enfermagem, sendo os problemas músculo

esqueléticos, como tendinites, bursites, cervicodorsolombalgias, mais comuns nos técnicos e auxiliares de enfermagem (Martins, 2011; Souza, Santana, 2012; Baptista, 2014; Felli, Baptista, 2015). Essa constatação tem relação direta com o tipo de atividade realizada por esses trabalhadores, os quais assumem posturas inadequadas, carregam peso excessivo na manipulação de pacientes e equipamentos pesados, além da própria rotina exaustiva, caracterizada por trabalho em turnos, escassez de pessoal, entre outros.

Por outro lado, também sobram evidências que o enfermeiro, por estar responsável pela parte administrativa, sofre pressões institucionais para garantir a segurança dos pacientes, pressão das diferentes equipes de saúde e dos próprios trabalhadores que ele coordena, o que os coloca na linha de frente para o desenvolvimento de um desgaste psíquico intenso (Baptista et al., 2015).

Em relação aos problemas musculoesqueléticos, estudo recente identificou forte associação de doenças osteomusculares com o absenteísmo, em que os sujeitos que referiram mais de duas doenças osteomusculares apresentaram chances quase cinco vezes mais elevadas para se afastar do trabalho quando comparados aos que não referiam nenhuma doença (Ferreira et al., 2012).

Pesquisas recentes revelam que o elevado percentual de referência de dor musculoesquelética tem importante influência não somente para a vida do trabalhador doente como para o cotidiano de trabalho, ocasionando prejuízos à dinâmica de trabalho, seja pelas ausências ou pela presença no trabalho com restrições parciais para execução das atividades, ocasionadas pela dor crônica, pelo sofrimento psíquico e pelas variadas limitações decorrente do processo (Mueller et al., 2010; Silva, 2012; Vieira, Alcântara, 2013).

Com o absenteísmo ou o presenteísmo desses trabalhadores em processo de desgaste, surgem situações conflitantes no que dizem respeito ao gerenciamento de recursos humanos na enfermagem.

Tratando-se da organização do trabalho, os gestores precisam redimensionar os trabalhadores a fim de garantir a qualidade da assistência e quando o trabalhador está presente, mas não consegue executar suas atividades ou parte delas, a equipe

sofre as consequências desta problemática, ficando por vezes, sobrecarregada e desmotivada (Baptista, 2014).

Conforme descrito anteriormente, a fragilidade dos Programas de Retorno ao Trabalho, submetem os trabalhadores com restrições a um cotidiano de preconceito e hostilidade, considerando que na grande parte das vezes, a instituição e os demais trabalhadores não possuem o devido preparo, nem tampouco condições para colaborar nesse processo.

Evidencia-se que os trabalhadores que ainda estão sem limitações, ou queixas, assumem as atividades dos trabalhadores que possuem restrições, gerando inúmeros conflitos e descontentamento, o que também tende a gerar um circulo vicioso de adoecimento e agravamento da situação (Baptista, 2014; Silva, Baptista, 2013).

Portanto, o presenteísmo pode trazer sérias consequências à organização do trabalho, comprometendo não somente a saúde dos trabalhadores e a assistência prestada (Paschoalin, 2012).

Esse comprometimento da saúde dos trabalhadores de enfermagem e da assistência prestada, por conta do presenteísmo, tem resultado em processos de desgastes e em erros na execução das atividades laborais.

Nessa direção, muitas pesquisas nacionais e internacionais realizadas sob o enfoque do gerenciamento em enfermagem, têm apontado para o impacto que o adoecimento dos recursos humanos em enfermagem possui na qualidade do cuidado de enfermagem, trazendo riscos para os pacientes e repercutindo em conflitos e hostilidade no ambiente de trabalho (Baptista et al., 2015; Felli et al., 2015; Paschoalin, 2012; Perez et al., 2014; Trindade et al., 2015).

Entretanto, a literatura não evidencia a rede de interações entre os sujeitos doentes e seus supervisores, a fim de compreender as necessidades de cada sujeito, trazendo à tona as vivencias individuais e as suas expectativas para a transformação de um cenário tão grave.

Considerando os aspectos descritos a partir da preocupação com essa realidade e com a motivação em melhor compreendê-la, a presente pesquisa propõe

Compreender a ação social dos trabalhadores de enfermagem diante das restrições para o trabalho, desvelando a interface entre os trabalhadores com incapacidade e supervisores, tendo em vista as lacunas do conhecimento sobre a problemática em questão, a fim de subsidiar o desenvolvimento de estratégias que possam contribuir para ações de gerenciamento de recursos humanos, no que diz respeito à prevenção de agravamentos e desenvolvimento de políticas institucionais de reinserção ao trabalho dos trabalhadores com incapacidades instauradas.

O capítulo seguinte destina-se à descrição do referencial filosófico adotado, a fim de contextualizar a relação entre o objeto de estudo e a fenomenologia social de Alfred Schütz.

3. REFERENCIAL FILOSÓFICO DE ALFRED SCHÜTZ E SEUS INTERLOCUTORES, E O CONTEXTO DO ESTUDO

Ao desejar ***Compreender a ação social dos trabalhadores de enfermagem diante das restrições para o trabalho, desvelando a interface entre os trabalhadores com incapacidade e supervisores***, entende-se que são vários atores envolvidos, no entanto, com um destaque para a interface entre os trabalhadores com restrição e os trabalhadores responsáveis por supervisionar o processo de trabalho.

Nesse sentido, a incapacidade não afeta apenas os trabalhadores que desenvolveram uma restrição para o trabalho, mas afeta os pacientes aos quais estão prestando cuidados, seus gestores, e ainda aqueles que estão trabalhando com alguém impossibilitado de realizar atividades (Baptista, 2014). É nessa rede de interações que se deseja mergulhar, a fim de compreender as necessidades de cada sujeito que ocupa um grupo social. Assim, optou-se por utilizar o referencial da fenomenologia social descrita por Alfred Schütz, para compreender esta experiência em toda sua concretude, considerando as ações dos sujeitos e as repercussões desta séria problemática.

A fenomenologia possui a preocupação de mostrar, e não de demonstrar, de explicitar as estruturas em que a experiência se verifica, de deixar transparecer na descrição da experiência as suas estruturas universais. Caracteriza-se por descrever as experiências humanas trazidas sob a percepção dos sujeitos, vislumbrando traduzir as experiências vivenciadas pelos indivíduos, no mundo da vida, num contexto social, cultural, a partir da sua essência (Capalbo, 2008; Wagner, 2012).

Ao ***compreender a ação social dos trabalhadores de enfermagem diante das restrições para o trabalho, desvelando a interface entre os trabalhadores com incapacidade e supervisores***, é necessário entender que se trata de uma ação concreta, vivenciada por um determinado grupo social, em um mundo que é estruturado por relações, intenções, circunscrito em uma dimensão social (Baptista, 2014).

Nesse contexto, Schütz propõe um entendimento fenomenológico do social, com base na experiência cotidiana, em que ele define a sociologia como uma hermenêutica da ação social, uma vez que descreve uma sociologia interpretativa, pela busca dos sentidos (Baptista, 2014; Wagner, 2012).

Para a fundamentação do fenômeno a ser desvelado neste estudo, serão utilizados alguns conceitos propostos por Alfred Schütz:

- **Atitude Natural:**

Definida por Schütz como uma consciência que, estruturada, organiza o conjunto das experiências como depósitos, sedimentos, compondo com isso os conhecimentos adquiridos ao longo da vida, pelas suas experiências vividas ou apreendidas com seus antepassados (Schütz, 2012).

No contexto deste estudo, a atitude natural se trata do conhecimento prévio dos trabalhadores de enfermagem, adquiridos durante toda sua vida, desde a formação acadêmica até suas experiências cotidianas, pessoais e profissionais, fazendo assim com que se forme uma bagagem de conhecimentos disponíveis.

- **Situação Biográfica:**

Schütz afirma que o homem da atitude natural está situado no mundo da vida, mundo no qual ele deve agir junto aos seus semelhantes, tendo posse da sua bagagem de conhecimentos biograficamente, compondo a situação biográfica (Schütz, 2012).

Considerando-se que a situação biográfica não se trata apenas de um ponto de vista, mas uma íntima relação com a história de vida pessoal de cada um dos membros de um grupo social, a vivência dos trabalhadores de enfermagem diante o contexto das restrições tem influencia direta pelas vivências anteriores que fazem parte dos conhecimentos adquiridos durante a vida deste trabalhador.

- **Intersubjetividade:**

Evidencia a existência corporal de outros homens, onde esses corpos são dotados de consciência e as coisas do mundo externo são semelhantes para todos os homens (Schütz, 2008; Souza, 2012).

Visto que o estudo tem o objetivo de compreender a ação social dos trabalhadores de enfermagem diante das restrições para o trabalho, desvelando a interface entre os trabalhadores com incapacidade e supervisores, a

intersubjetividade é um ponto importante no cotidiano das restrições, pois no mesmo ambiente de trabalho se encontram trabalhadores que apresentam incapacidade ou não, e todos precisam prestar cuidados de enfermagem, respeitando as limitações de saúde instauradas nos trabalhadores com restrição.

Ainda sobre este ponto, destacam-se os trabalhadores que estão retornando as suas atividades laborais, após longos períodos de afastamentos para tratamentos, com incapacidades instauradas, onde o desenvolvimento das atividades de trabalhos necessitam de atenção especial, para efetividade do retorno saudável ao trabalho.

- **Mundo da vida:**

Considerando o cenário atual que a enfermagem brasileira enfrenta, marcado pelo processo de precarização do trabalho, e o fenômeno a ser estudado, este cotidiano faz parte do mundo da vida.

O mundo da vida é definido por Schütz como um mundo cultural e intersubjetivo, uma vez que os outros homens coexistem e convivem entre si, de múltiplas formas de interação, em diversos graus de intimidade e anonimato, não apenas na maneira corporal, mas também como seres dotados de uma consciência que é essencialmente similar (Schütz, Luckmann, 2009).

No mundo da vida, a compreensão da ação social dos trabalhadores de enfermagem diante das restrições para o trabalho, desvelando a interface entre os trabalhadores com incapacidade e supervisores, precisa ser estudada para que seja necessário aprimorar os programas de reinserção no trabalho dos trabalhadores com incapacidades instauradas. Assim, para compreender este fenômeno é necessário desvelar o cotidiano desses trabalhadores vivendo no contexto das restrições, um contexto permeado desafios e conflitos, entretanto com inúmeros conhecimentos prévios, os quais podem ajudar a composição de uma rede de significados, com vistas a ações futuras para intervenção nesta realidade.

- **Tipificação:**

A Fenomenologia afirma que toda consciência é intencional e que nenhum objeto é pensável sem referência a um ato da consciência que consegue alcançá-lo.

A evidência do conhecimento consiste o fato da presença do objeto na consciência. Mas nenhuma evidência é adequada, isto é, nem na percepção nem no juízo a coisa se dá totalmente, adequadamente (Capalbo, 2008).

A ação é definida por Schütz, como uma conduta humana projetada pelo sujeito de maneira autoconsciente, intencional, que não está isolada, ou dissociada do mundo da vida. Esta ação tem uma tipificação que tem como cerne a vida de sentido comum, onde o sujeito atua de modo típico, em uma dada situação para produzir uma situação tipicamente similar (Schütz, 2008).

As tipificações são como receitas que congregam características gerais e homogêneas para certas situações, coisas e contextos. Na nossa vida temos várias formas de tipificar: no nomear; pelas instituições que tipificam as ações, as pessoas, os contextos, os procedimentos e os comportamentos (Souza, 2012; Baptista, 2014).

Os trabalhadores de enfermagem que vivenciam o contexto das restrições, sejam os enfermeiros gerentes, sejam os trabalhadores com restrição, possuem características próprias que podem ser observadas no cotidiano do trabalho e essas ações podem ser tipificadas a partir destas características específicas deste grupo social.

- **Tipo Vivido:**

Refere-se aos planos idealizados do mundo da vida de um grupo de indivíduos com características típicas, num determinado contexto histórico-social, com motivos em vista dos quais agem, onde a linguagem e a comunicação desempenham um papel tipificamente importante (Schütz, 2008; Schütz, Luckmann, 2009).

Nesse sentido, compreender a ação social dos trabalhadores de enfermagem diante das restrições para o trabalho, desvelando a interface entre os trabalhadores com incapacidade e supervisores, está além das dificuldades cotidianas do ambiente de trabalho, pois estão presentes as questões ético-legais e a necessidade de prestação dos cuidados de enfermagem com qualidade.

- **Motivos Porque:**

Motivos os quais fundamentam uma dada vivência, exigindo uma reflexão/retrospectiva acerca da bagagem de conhecimentos que motivaram determinada ação (Schütz 2008; Castro 2012; Souza, 2012).

A ação pode ser definida como um projeto, ou seja, a ação é a antecipação de um estado futuro, onde o sentido e o motivo não são suficientes na definição da ação e sim o projeto que estabelece o seu começo e o seu fim (Schütz, 2012; Baptista, 2014).

Consequentemente a partir dos Motivos Porque é possível compreender as experiências que emergem da incapacidade nesse contexto laboral.

- **Motivos Para:**

Motivos com uma finalidade, como ideia de futuro, de projeção onde o ator social planeja a partir de idealizações, suas ações futuras, expressando confiança na estrutura básica do mundo da vida (Schütz 2012; Souza, 2012).

Os Motivos Para que sejam implementadas estratégias com vistas a proteção da força de trabalho, minimizando os agravos à saúde dos trabalhadores, necessitam serem compreendidos a partir do fenômeno a ser desvelado neste estudo.

Com a compreensão dos significados individuais pela correspondente análise de junção de categorias, será possível conhecer o conjunto de conteúdos típicos capazes de descrever as intenções de tais ações (Baptista, 2014).

Assim, considerando os pressupostos de Alfred Schütz, acredita-se ser possível compreender a ação social dos trabalhadores de enfermagem diante das restrições para o trabalho, desvelando a interface entre os trabalhadores com incapacidade e supervisores. Consequentemente, os resultados deste estudo podem subsidiar o delineamento de políticas publicas para a saúde dos trabalhadores, construção de diretrizes para que as instituições estejam preparadas para acolher esses trabalhadores, capacitação para os líderes e toda equipe envolvida nesse processo.

4. MÉTODO

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo qualitativo a partir da fenomenologia social. A pesquisa fenomenológica é um método de estudo que possibilita o acesso à consciência humana, às essências (Merighi, Praça, 2003). Optou-se pela fenomenologia social, considerando que o objeto do estudo se concretiza em um determinado grupo profissional, num contexto social, marcado pela intersubjetividade.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo - HUUSP. Segundo o MEC, os hospitais universitários são unidades de saúde, únicas em algumas regiões do país, capazes de prestarem serviços altamente especializados, com qualidade e tecnologia de ponta à população. Representam importantes Centros de Formação de Recursos e de Desenvolvimento de Tecnologia para a área de saúde uma vez que a efetiva prestação de serviços de assistência à população possibilita o constante aprimoramento do atendimento, com a formulação de protocolos técnicos para as diversas patologias, o que garante melhores padrões de eficiência e eficácia, colocados à disposição para a Rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

O HUUSP localiza-se no campus da Cidade Universitária da USP, ocupando 36.000 m² de área construída. O hospital é de nível de atenção secundário, dispondo de 258 leitos de capacidade instalada e capacidade ocupacional, 14 leitos de Unidade de Terapia Intensiva adulto, 06 leitos de Unidade de Terapia Intensiva neonatal e 07 leitos de recuperação pós-anestésica. Apresenta ainda nove salas de centro cirúrgico e quatro salas de centro obstétrico, além de 57 consultórios de atendimento ambulatorial, 13 consultórios de pronto atendimento, cinco consultórios de triagem, 11 leitos de observação adulto, 12 leitos de observação pediatria e dois leitos de observação obstétrica (Estorce, Kurcgant, 2011; HUUSP, 2016).

O hospital tem a sua direção executiva realizada pela Superintendência, estando ligados diretamente a ela o Departamento de Medicina e o Departamento de Enfermagem. O Departamento de Enfermagem é constituído de quatro divisões:

Divisão de Clínica Médica, Divisão de Clínica Cirúrgica, Divisão Materno-Infantil e Divisão de Pacientes Externos e pela Comissão de Ensino e Pesquisa (COMEP).

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram desta pesquisa, 12 trabalhadores de enfermagem, sendo 04 técnicos de enfermagem e 8 enfermeiros. Foram selecionados 2 grupos, os trabalhadores com restrição (grupo TR) e os gerentes de enfermagem (GE). Para o grupo “TR”, foram incluídos no estudo os trabalhadores (auxiliares, técnicos e enfermeiros) que possuíam ASO ativo de restrição física ou psíquica, que não estivessem em período de licença médica. Para o grupo “GE”, foram incluídos no estudo os trabalhadores (enfermeiros) que coordenavam o serviço, ou assumiam o cargo de supervisores e/ ou gestores.

4.4 COLETA DE DADOS

O projeto foi submetido à aprovação pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da USP (EEUSP) e do Hospital Universitário da USP (HUUSP). Após a emissão do parecer favorável, com parecer respectivamente de números 1.553.444 (Anexo 1) e 1.595.583 (Anexo 2), as etapas da pesquisa foram iniciadas. Inicialmente foi realizado contato com o SESMT do HUUSP na tentativa de identificar os trabalhadores de enfermagem que apresentam restrições para o trabalho (primeiro grupo). Em seguida, também foram identificados os supervisores e/ou gerentes de enfermagem dos serviços (segundo grupo). Após esta identificação foram explicitados os objetivos para todos os trabalhadores e foram feitos os convites para a participação no estudo.

Após o aceite, foi agendado um encontro para a realização de entrevistas individuais, alcançando membros dos dois grupos. Este processo foi realizado até que as inquietações a respeito do fenômeno fossem respondidas.

A realização das entrevistas aconteceu mediante aceite por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de acordo com a resolução 466 de 12/12/2012 (Apêndice A). Para alcançar os objetivos propostos e responder as

inquietações deste estudo, as entrevistas foram realizadas, a partir das seguintes questões norteadoras:

- Para os trabalhadores de enfermagem com restrição/incapacidade:

- Como é para você conviver com a sua restrição/incapacidade para o trabalho?
- O que você espera da gerencia e dos colegas diante da sua restrição/incapacidade?

- Para os supervisores e/ou gerentes de enfermagem:

- Como é para você gerenciar trabalhadores que tem restrições/incapacidades e trabalhadores que não tem, ao mesmo tempo?
- Quais são suas expectativas diante desse contexto?

As entrevistas foram gravadas em aparelho digital a fim de promover maior fidelidade ao processo de captação das ideias. As entrevistas ocorreram em ambiente privativo, sem ruído e interferências, a fim de preservar a privacidade de cada sujeito entrevistado. Após as entrevistas, os discursos foram transcritos, respeitando a sequência, linguagem, pausas e repetições realizadas.

Os discursos foram identificados inicialmente pelas letras “TR”, para trabalhadores de enfermagem com restrições para o trabalho (auxiliares, técnicos e enfermeiros), pelas letras “GE” para gerentes de enfermagem (enfermeiros chefes), acompanhado de números romanos, conforme a ordem de obtenção. Para análise dos discursos, as siglas foram mudadas por nomes comuns aleatórios, para facilitar o desenvolvimento desta etapa.

4.5 ANÁLISE DOS DISCURSOS

Para análise dos discursos, foram seguidas as etapas de acordo com Jesus et al. (2013) em seu texto que trata sobre a fenomenologia social de Alfred Schütz e sua contribuição para a enfermagem. Primeiramente realizamos a transcrição das entrevistas na íntegra. Em seguida, a leitura e releitura exaustiva de todo o conteúdo, com a finalidade de apreender os trechos significativos que ajudaram a

compreender a essência da vivência dos trabalhadores de enfermagem com a incapacidade para o trabalho, identificando os núcleos de pensamentos convergentes ou os núcleos que refrentes às temáticas específicas.

Após o agrupamento, considerando o referencial teórico de Alfred Schütz, foram construídas as categorias concretas da temática estudada, de cada grupo social, para que se pudesse realizar a análise destas categorias concretas a partir da compreensão da ação social. Em seguida, procedeu-se a discussão embasada na fenomenologia social de Alfred Schütz e outros referenciais da temática.

5. RESULTADOS

5.1 AS CATEGORIAS CONCRETAS DO VIVIDO DOS ENFERMEIROS GERENTES

Para a **compreensão *da ação social dos trabalhadores de enfermagem diante das restrições para o trabalho, desvelando a interface entre os trabalhadores com incapacidade e supervisores,*** os discursos foram organizados em categorias por meio das experiências que emergem da incapacidade (motivos porque) e das expectativas para o futuro (motivos para), conforme o referencial de Alfred Schütz.

Os discursos obtidos com os enfermeiros gerentes evidenciaram a vivência diante da problemática da incapacidade para o trabalho na equipe de enfermagem. A análise resultou na construção de duas categorias: ***Vivenciando a incapacidade dos trabalhadores no cotidiano de trabalho*** e ***Projetando um cenário para o futuro.*** A categoria **Vivenciando a incapacidade dos trabalhadores no cotidiano de trabalho (motivos porque)** inclui o conflito e a discriminação entre os trabalhadores, a preocupação com a produtividade e a segurança do paciente e o reconhecimento quanto às falhas de estrutura institucional. A categoria ***Projetando um cenário para o futuro*** **(motivos para)** engloba a preocupação do enfermeiro gerente com o aumento do contingente de incapacitados, o reconhecimento da responsabilidade gerencial, a necessidade de implantar programas de retorno ao trabalho e da vigilância, promoção à saúde e prevenção de agravos.

A seguir, as categorias são apresentadas, juntamente com os trechos referentes aos discursos colhidos com os enfermeiros gerentes.

5.1.1 VIVENCIANDO A INCAPACIDADE DOS TRABALHADORES NO COTIDIANO DE TRABALHO

Na primeira categoria, descrevemos a vivencia dos enfermeiros gerentes diante da incapacidade dos trabalhadores, o que inclui as questões do conflito e discriminação, a preocupação com a produtividade e a segurança do paciente, e o reconhecimento quanto às falhas de estrutura institucional.

5.1.1.1 O Conflito e a discriminação entre os trabalhadores

Para os enfermeiros gerentes vivenciar a incapacidade dos trabalhadores no cotidiano de trabalho traz muitos conflitos, uma vez que os mesmos necessitam fazer ajustes nas escalas, para atender as recomendações de restrições dos trabalhadores e, frequentemente gerando insatisfações e sobrecarga para os trabalhadores sadios, conforme os trechos a seguir:

> *Tem coisa que não dá mesmo, tem funcionário que não pode erguer o braço, acima de 45º... Então ele não vai conseguir passar um soro... Então a gente já põe "não preparar medicação". Então a gente tenta... Né, dividir. Mas isso gera o atrito (...) quando você deixa de fazer, você sobrecarrega o outro e isso, também, gera o atrito (...) (Edna).*

> *É... Pra mim é uma situação... Bem conflitante no ambiente de trabalho porque os trabalhadores que não tem restrição, ou incapacidades, eles se sentem sobrecarregados porque, ao mesmo, quando você tem um quantitativo de pessoal, você acaba dividindo as tarefas a mais para quem não tem restrição (Frederico).*

> *(...) a falta de um programa é... Aumenta ainda mais o conflito (Frederico).*

> *O conflito é... Como eu falei... Naquelas situações que o próprio colega percebe que o colega dele não está... Assim... Querendo colaborar, entendeu? Que ele, qualquer coisa: "ah vou pegar atestado mesmo"... "Ah eu adquiri isso no meu trabalho, então eu não venho e pego atestado" (Edna).*

> *(...) os que não têm restrição ficam sobrecarregados e os que têm restrição acabam executando funções que eles não podem executar, pela sobrecarga de trabalho (Túlia).*

O descontentamento do grupo é relatado pelos enfermeiros que supervisionam o trabalho:

> *(...) tem pessoas que se ajudam, que fazem... E tem outras fala: "aí eu tenho a restrição e ponto"; "alguém vai fazer por mim". A gente percebe isso nitidamente em algumas pessoas no grupo. E é isso que gera o descontentamento da equipe (Edna).*

> *(...) sempre aquele que não tem nenhuma restrição é a pessoa que vai ser chamada pra pegar peso, que vai ser chamada pra ajudar com paciente mais pesado. E aquele que não tem a restrição é sempre poupado. Eu já trabalhei com outras equipes onde isso causava uma grande revolta por parte das pessoas que eram sempre é... Solicitadas né (Flora).*

A sobrecarga imposta aos demais trabalhadores é destacada nos discursos:

> *Eu não tenho como fazer um revezamento com todos eles pra dar um desafogo pra eles, né. Então na verdade os que não têm incapacidade acabam sempre cuidando dos mesmos pacientes, muitas vezes, tá (...) então os funcionários que não tem incapacidade, eles acabam ficando sobrecarregados (Francisca).*

> *Ah... "Ele é incapacitado! Ele não pode fazer nada!" Então: "Vai fulano!"; "Fulano pode!" (...) Tem setores, tem enfermeiras que, os incapacitados não fazem nada porque não podem fazer absolutamente nada, e fica sobrecarregando o outro (Jade).*

A sobrecarga dos trabalhadores sadios faz parte do cotidiano de trabalho, segundo os enfermeiros gerentes, uma vez que as necessidades de cuidado dos pacientes complexos e alta dependência exigem muito esforço:

> *(...) a gente tinha um pronto-socorro com... É... Pacientes de nível de gravidade muito mais baixo do que a gente tem hoje... Taxa de ocupação muito menor do que tem hoje... (Flora).*

> *Há alguns anos a gente tinha até menos paciente de alta dependência, agora a gente percebe que boa parte dos pacientes que internam aqui são pacientes idosos, normalmente tem alguma deficiência, tem alguma dependência, tanto pra sair do leito, como pra deambular. Então a gente percebe que o paciente está mais doente (...) Então, isso aí pode até acabando a levar a sobrecarga mesmo, de trabalho pra esses funcionários (Francisca).*

Nesse aspecto, os trabalhadores que não apresentam restrição acabam se sentindo sobrecarregados e percebem que podem desenvolver alguma restrição, em decorrência da demanda de trabalho:

> *(...) sobrecarregando esses funcionários que não têm incapacidade, tanto é que, assim, nesses últimos tempos eu tive vários funcionários reclamando com dor no ombro, com dor nas costas, que a coluna travou, e que acabou... (Francisca).*

> *(...) já teve funcionário de me dizer: "olha, se é assim, eu também vou pegar um atestado, eu também vou arrumar uma restrição, antes que eu fique doente, porque todo mundo aqui não pode pegar peso e isso tudo sobra pra mim" (Flora).*

> *Tem funcionário que fala: "mas daqui a dez anos eu estarei na cama!" (Jade).*

Assim, a complexidade dos pacientes é um fator que segundo os relatos dos enfermeiros gerentes, agrava a situação das incapacidades, pois não há muita saída e os pacientes demandam cuidados e os enfermeiros reconhecem na fala dos trabalhadores o prognóstico ruim na saúde dos trabalhadores, conforme o seguinte trecho:

> *Na cirúrgica, eu não sou da cirúrgica, mas eu ouvi falar que tem 40% dos funcionários de enfermagem que têm incapacidade. E aí são os colegas que falam: "Amanhã eu estarei com incapacitado". Por que... Os 40% são restritos. Então, fica sobrecarregado pra quem não tem restrição (Jade).*

A discriminação entre os pares e chefias também faz parte da percepção dos enfermeiros gerentes, conforme percebemos nos trechos a seguir:

> *(...) os trabalhadores incapacitados se sentem muito descriminados no grupo (...) É... Eles se queixam bastante da... Que se sentem discriminado pelo... Pelos demais, tanto pelas chefias, quanto pelos colegas (Frederico).*

> *"Eu também tenho restrição, mas eu consigo fazer tal atividade"; "eu faço exercícios que me aliviam"... Né! "A dor pra eu dar conta do meu trabalho..." E porque que o colega não consegue fazer? (Edna).*

> *Eles acabam achando que os colegas, é... Fazem comentários na ausência deles, então eles também têm um sentimento de discriminação (Frederico).*

Os enfermeiros gerentes também percebem a dificuldade dos trabalhadores que possuem alguma restrição física pedirem ajuda para os colegas e/ou chefias:

> *(...) os que têm incapacidade, eles não podem pegar peso, então têm algumas atividades que eles não fazem, mesmo com esses pacientes de cuidado intermediário, que é empurrar maca, que é empurrar cadeira, é... E aí eles precisam pedir para os colegas que não tem incapacidade, isso é uma outra questão que gera desconforto, porque muitas vezes eles não conseguem pedir pro colega que não tem incapacidade, porque sabe que ele está sobrecarregado e muitas vezes eles não pede (Francisca).*

> *(...) se sente mal por ter que pedir para outra pessoa fazer, então, acaba às vezes, que não seguindo por se sentir constrangida pela restrição... "Ah, porque eu me sinto mal, eu me sinto inútil..."* (Edna).

Os discursos revelam que os trabalhadores de enfermagem que possuem restrições, relutam em solicitar ajuda aos colegas por percebem que os mesmos julgam a restrição e frequentemente duvidam de sua incapacidade:

> *A gente vê, em relação aos colegas, né... Que falam assim, que, as pessoas às vezes se aproveitam, né, dessa restrição pra dizer que não tem condições pra fazer algumas atividades... (Edna).*

> *(...) nem sempre é fácil, porque eles já tão fazendo várias outras coisas e quando eles chegam e pedem, muitas vezes, ou ele faz cara feia, ou ele demora pra ajudar ou ele nem aparece lá pra ajudar, muitas vezes (Francisca).*

A partir dos discursos também é possível perceber que os trabalhadores sentem esse desrespeito também pela chefia e pela instituição:

> *Então, eles queixam de um desrespeito tanto dos colegas, como da própria gerência e da instituição também (Frederico).*

> *As queixas que os enfermeiros fazem para os gerentes também não retornam nenhuma medida educativa, é... Nenhuma capacitação para lidar com esse conflito no trabalho. A gente vê que existem poucas estratégias de intervenção pra esse problema (Frederico*).

5.1.1.2 A preocupação com a produtividade e a segurança do paciente

Os discursos também apontaram a preocupação com a produtividade e a segurança do paciente, vinda de toda equipe de enfermagem, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem:

> *Os trabalhadores incapacitados, eles não têm a mesma produtividade do trabalhador, que tem as suas capacidades preservadas. Então, isso além de gerar um déficit de produtividade, ele também acaba expondo os pacientes em risco (Frederico).*

> *E até da parte assim, de restrições psicológicas né, pessoas que estão passando por depressão, algum tipo assim de doença psicológica, da parte da psiquiatria, da saúde mental, você ficar lidando com morte, com sofrimento o tempo inteiro, não dá pra essa pessoa nessa situação ficar em outro setor que não fique tão pesado, nesse clima tão pesado o tempo inteiro? Como vai ser? (Túlia).*

Os enfermeiros gerentes relatam a preocupação com as restrições psíquicas e uso de medicamentos para dor, com e a segurança do paciente, considerando prejuízos na concentração e no julgamento:

> *(...) eu tenho um funcionário com restrição psiquiátrica que diz que ele não pode lidar com paciente mais grave, né... (Flora).*

> *É... Uma pessoa que trabalha com dor ou que, é... Sobre efeito da automedicação analgésica, ela pode ter um déficit de atenção, pode trabalhar em estado de fadiga e ter o alerta diminuído e é onde o paciente tá em risco, a segurança do paciente tá em risco nessa situação. Então, além do déficit de produtividade, existe a problemática do risco da segurança do paciente também (Frederico).*

A necessidade de atentar para diminuição da força muscular e acidentes como quedas de pacientes são apontadas no discurso:

> *E, às vezes não é nem dor, é força muscular... Porque a gente sabe que tem pessoas que têm "formigamento"... Então, a gente também tem que ter esse cuidado. Porque muitas vezes não pode pegar o bebê porque pode deixar cair... (Edna).*

> *(...) e também é... Eu recebo muitas queixa de trabalhador que é... Trabalha, executa as tarefas muitas vezes com dor, é... De trabalhadores que... Dizem que... É... Fazem uso de automedicação, tanto pra trabalhar ou pra conseguir descansar nos dias de folga, é difícil demais... (Frederico).*

A preocupação com produtividade atrelada à qualidade de vida no trabalho também é lembrada pelos enfermeiros gerentes:

> *Porque eu acho que felicidade, conforto, segurança do ambiente de trabalho faz a pessoa produzir mais, até numa lógica egoísta, ela vai ofertar mais pra o serviço se ela se sentir segura né, pelo o que ela tá executando (Túlia).*

Frente às demandas de trabalho, para manter a produtividade, os enfermeiros gerentes relatam assumir muitas atividades, desencadeando sobrecarga:

> *(...) o próprio enfermeiro acaba levando esses pacientes pra os exames, pra os encaminhamentos internos que tem né. Então, é difícil (Francisca).*

> *(...) a gente tenta deixar de fazer algumas coisas pra poder auxiliar a parte técnica, pegar no pesado, que é o crítico (...) você tem que cumprir o seu serviço, que nem o Charlie Chaplin sabe, que não para de apertar o parafuso. (...) e a gente não consegue adequar o serviço, você só apaga o incêndio o tempo inteiro, é bem complicado (Túlia).*

> *E aí sofre na hora de fazer essa escala, e aí os enfermeiros também tentam compensar o déficit de produtividade dos incapacitados, também se sobrecarregando (Frederico).*

A questão do PIDV agravou o problema da carga de trabalho e a demanda para manter a produtividade e garantir a segurança do paciente, tornando uma preocupação constante no cotidiano dos enfermeiros:

> *Aí veio, recentemente, essa história de PIDV, diminuição de número de funcionários de verdade (...) Acho que os recursos humanos acabaram ficando defasados por conta disso, né. Porque se você aumenta a demanda, do hospital, sem aumentar o recurso humano proporcionalmente, você acaba sobrecarregando as pessoas que trabalham (Flora).*

> *(...) 36 horas semanais, sobe, desce, estica, puxa... Não sei... É lógico que cedo ou tarde o ombro pifa, a coluna pifa, a cabeça pifa... (Túlia).*

> *É que a gente sabe assim, um exemplo, no berçário, Eu tive uma redução de 10 profissionais e não teve reposição... (Edna).*

> *E assim, não tá tendo contratação, né, então saíram... Saíram vários funcionários com o Programa de Demissão Voluntária, então, nós estamos com a escala reduzida (...) e nós temos que trabalhar com o que tá aqui (Francisca).*

> *Com o PIDV. Aí depois teve mais demissão e a gente já estava com uma defasagem que a universidade não estava fazendo reposição de funcionários, bem antes do PIDV, já não tava fazendo reposição. Então, eu estou com uma defasagem de 12 profissionais da enfermagem, entre enfermeiros, técnicos e auxiliares. Então, tudo isso repercute... Então, automaticamente, a uma sobrecarga (Edna).*

> *Agora a gente está com um número bem restrito de funcionários por causa do PIDV. Não tem reposição. A gente não sabe até quando isso vai ficar. Então... Isso tá um pouquinho difícil. (Jade).*

Independente da situação e do número de trabalhadores restritos as cobranças em relação às atividades não mudam:

> *(...) a gente não deixa de ser cobrado, a gente… Não é aliviado pra a gente a parte de gestão, a parte de coisas escritas, tanto por conta da legislação que a gente tem que cumprir, porque a chefia que porque quer que faça entendeu? (Túlia*).

Em prol das demandas de trabalho, os enfermeiros gerentes relatam que os trabalhadores restritos tendem a descumprir sua restrição:

> *(...) eu tenho funcionários que tem restrição aqui que você nem percebe que tem a restrição. E não tem tantos afastamentos em vista disso... Né? Então, porque assim, se ele faz atividades que não deveria, ele deveria estar tendo afastamentos contínuos porque, realmente, aquilo tá... Prejudicando, né (Edna).*

Porque tem funcionários que estão com atestado de saúde ocupacional vencida, que eles teriam que voltar lá pra o SESMT, para o SESMT validar essa restrição e muitos deles ainda não fizeram isso e continuam a trabalhar (Francisca).

Então pra a gente é muito difícil gerenciar (...) acaba todo mundo fazendo tudo um pouco (...) a gente busca saúde dos outros, mas acaba esquecendo da nossa, dos nossos trabalhadores (Túlia).

Então, eu já vi funcionários com restrição, inclusive, levando o paciente de cadeira (...) ele acaba fazendo, ele mesmo. Então ele acaba se prejudicando por si só (Francisca).

5.1.1.3 Reconhecimento quanto às falhas de estrutura institucional

Ao vivenciar a problemática das incapacidades para o trabalho, os enfermeiros gerentes destacam as inadequadas condições de trabalho, fatores que contribuem para o adoecimento e agravamento dos problemas:

O serviço não ajuda, porque eu acho que eles deveriam fazer um planejamento, ver o mapa de qualificação, de caracterização dos funcionários, pra adequar a carga de trabalho, assim... Pra as pessoas que tem restrição nos lugares que sobrecarregam menos (Túlia).

Eu acho que também, muitas coisas, às vezes, na instituição, a gente, às vezes fala: "Ah, o ideal era você ter tal equipamento, alguma coisa"... Mas com a crise da universidade tá tão difícil comprar as coisas que, às vezes, você se acomoda... A pessoa fala: "ai, essa pia é muito alta, essa pia é muito baixa"... Só que você não consegue adaptar, às vezes, alguma coisa (Edna).

Ela (trabalhadora) chegava a fazer 15 encaminhamentos por noite, sozinha (...) empurrando o paciente em cima de uma maca (Jade).

Observamos nos discursos, que a estrutura física é descrita como um fator relevante para a gênese e cronificação dos problemas osteomusculares, responsáveis por parte das incapacidades:

> *Então, a estrutura física do hospital, não colabora. A maca não anda... A roda é pesada. E a maca, o paciente é pesado...(...) Porque, o ambiente, a estrutura física do hospital, não colabora em nada (Jade).*

> *Não é fácil, porque, pra isso você precisa de alguns recursos tecnológicos... Pra isso você precisa de... De recurso material e... E a gente sabe que a gente não tá num país onde a gente tem isso disponível na grande maioria das instituições, e no HU não é diferente (Flora).*

No trecho a seguir, a enfermeira relata a ocorrência de acidente de trabalho com repercussões permanentes para o trabalhador, devido às falhas em equipamentos:

> *O elevador tem um desnível... Então, teve uma funcionária que ela foi puxar a maca de dentro do elevador pra fora, ela deslocou o ombro... Ela tem dor até hoje (Jade).*

Somado a isso, muitas vezes o contexto das restrições fica velado na gerencia de enfermagem:

> *Parece-me que essa problemática ela é uma situação velada dentro da gerência, é... Aí eu não sei dizer se por questões de conhecimento, por limitação de conhecimento (Frederico).*

A seguir, apresentamos os trechos contidos na categoria que revela os *motivos para* presentes nos discursos dos enfermeiros gerentes, que expressam as suas expectativas diante da incapacidade dos recursos humanos.

5.1.2 PROJETANDO UM CENÁRIO PARA O FUTURO

A categoria ***Projetando um cenário para o futuro*** **(motivos para)** engloba a preocupação com o aumento do contingente de incapacitados, o reconhecimento da responsabilidade gerencial, a necessidade de implantar programas de retorno ao trabalho e da vigilância, promoção à saúde e prevenção de agravos.

5.1.2.1 O aumento do contingente de incapacitados

Os enfermeiros gerentes relatam que apesar de a instituição saber da existência da problemática das restrições para o trabalho, ações para a saúde do trabalhador são inexistentes ou ineficazes, o que poderá repercutir no aumento do contingente de trabalhadores incapacitados:

> *Eu não sei como é que ele tá sendo tratado numa... numa visão mais macro, mas eu acho que...que a tendência, aqui, na instituição, da forma como ela tá hoje é que isso venha a piorar. Piorar no sentido de aumentar o número de funcionários com restrição. É... De aumentar a severidade das restrições, né. É... Eu acho que a gente cada vez mais vai ter uma equipe com incapacidades de diversas naturezas (Flora).*

> *Depende de cada um. Eu acho que... Depende... Depende muito (...) Porque, se depender do hospital, vai ficar todo mundo com restrição! (Jade).*

> *A instituição sabe que o problema existe, sabe que ele vem piorando ao longo dos anos aqui dentro, é... À medida que eu tenho um funcionário, que tem uma... Estabilidade no emprego, que tem um emprego num cargo público, é um funcionário que passa muitos anos dentro da instituição, né. (...) Então... Muito provavelmente se eu não cuidar, se eu não pensar no assunto, esses funcionários vão sim acabar tendo algum tipo de restrição durante a vida aqui dentro (Flora).*

Outro ponto destacado é que se não houver novas contratações de trabalhadores de enfermagem, há um processo de fragilização da equipe e existe a perspectiva de aumento de contingente de incapacitados na enfermagem:

> *A gente acredita que não vai ter contratação tão cedo, até porque a gente tá com essa história de desvinculação do HU né, por conta da crise financeira, crise da USP... Pra falar a verdade, eu não vejo que vá ter alguma mudança com relação a isso. Eu não tenho muitas esperanças, a não ser que tenha contratação de novos profissionais (Francisca).*

> *(...) acho que isso também acaba desanimando um pouco a equipe. Então fica todo mundo muito fragilizado, então, com essa sobrecarga, sem perspectiva de melhora, né, no número de profissionais (Edna).*

Então, como que você vai conseguir conciliar a restrição do funcionário? Por mais que você tenta, ele acaba se sobrecarregando, você não tem pra quem delegar. Então, é nesse sentido, então, se tivesse uma contratação você consegue distribuir melhor as atividades (...) porque além de não ter a reposição... Porque, aí as pessoas acabam adoecendo, né. Até quem não tem a restrição, acaba adoecendo (Edna).

Ainda segundo os Enfermeiros Gerentes, essa falta de funcionários implica no não cumprimento das restrições para o trabalho e no desenvolvimento de novas restrições para a saúde do trabalhador devido à sobrecarga dos trabalhadores que já estão doentes e dos que ainda não estão:

(...) se eu fosse seguir a risca, ninguém pode pegar peso acima de dois quilos, eu não ia ter funcionário... (RISOS) Pelo menos cinco, de todos os meus funcionários, que têm restrição, não podem pegar peso acima de 2 kg (Edna).

A gente tem trabalhador que não tem 30 anos, não tinha restrição nenhuma e agora já tá com problema no ombro, bursite, essas coisas todas (Túlia).

(...) a consequência não vai ser boa (suspiro profundo). Acho que cada vez mais a gente vai ter que ficar adaptando atividade, sobrecarregando as pessoas que não tem nenhum tipo de restrição, e... Assim, a minha expectativa não é boa, não é boa dentro desse mundo da instituição que eu to (Flora).

E aí, às vezes, uma pessoa que tem uma restrição física, daqui a pouco ela desenvolve uma restrição psicológica, porque ela se sente um problema no lugar... (Túlia).

(...) a gente tem os funcionários que têm restrições sem ASO ativo, né, então, que... A gente sabe que trabalhando... Fazendo algum determinado serviço, eles acabam tendo problema... Acabam adoecendo... A gente tem funcionários que tem uma restrição... Eu tenho, por exemplo, um funcionário com restrição psiquiátrica que hoje não tem ASO, né... E que eu tenho certeza que, se eu expor esse funcionário a determinadas situações, é uma questão de tempo para ele adoecer (Flora).

Assim, torna-se perceptível a perspectiva de mudança de perfil do trabalhador, elevando o número de incapacitados, ao analisar o passar dos anos no trabalho:

> *(...) no HU isso fica mais claro porque é uma instituição que tem 30 e poucos anos, então, que viu isso acontecer com os funcionários que chegaram aqui, né... que na maioria eram jovens e foram envelhecendo junto com a instituição... E hoje você vai passar em diversas unidades e todo mundo vai ter história pra contar, de quantos funcionários com restrição física, com restrição psiquiátrica, com restrição psicológica a gente tem dentro das unidades (Flora).*

Observamos um pessimismo no relato dos enfermeiros, diante das suas expectativas para o futuro:

> *Então, é uma coisa que é crescente aqui (...) porque antes eram alguns funcionários que tinha nas unidades, então a gente até conseguia transferir esses funcionários, dependendo de como era a situação dele, a gente até conseguia transferir pra algumas unidades que não fizessem esforços, mas ultimamente têm muitos funcionários com restrição, então não tem nem mais pra onde ir... (Francisca).*
>
> *Eu vejo que a minha expectativa é que não mude a curto prazo, nem à médio. Porque acho que, assim, o que se tem feito hoje, assim, não tem contribuído no dia a dia... (Edna).*
>
> *(...) é... Eu tinha uma quantidade menor de funcionários com restrição... eu tinha um, dois na unidade com restrição e, hoje, eu chego a ter plantões com a maioria dos funcionários com alguma restrição física (Flora).*
>
> *Eu imagino que você cria um efeito "bola de neve". Por que, no futuro próximo, como... Como você sobrecarrega esse trabalhador que, não tem incapacidade, ele num futuro próximo, pode... É... Ser mais um incapacitado, né. Então, é tudo só uma questão de tempo (Frederico).*

Ao desvelar as expectativas dos enfermeiros gerentes, também percebemos que eles reconhecem sua importância na gestão de recursos humanos, conforme a categoria a seguir apresentada.

5.1.2.2 O reconhecimento da responsabilidade gerencial

Ao se projetarem para o futuro, os enfermeiros gerentes reconhecem seu papel como fundamental na problemática das restrições para o trabalho, mostrando a sua importância enquanto agente transformador:

> *A gente tem que fazer algo diferente. E dentro do que tá, não vai demolir o hospital. Não vai! Não vai construir outro. Mas a gente pode fazer ficar melhor, a gente pode, acredito nisso (Jade).*

O papel gerencial é traduzido na maneira com que o enfermeiro reconhece os limites dos trabalhadores com restrição e media os conflitos entre os trabalhadores sadios:

> *E... Você tem que distribuir de acordo com... De forma que os funcionários tenham o número de pacientes pra prestar o cuidado, né. Se eu tenho um funcionário com incapacidade, eu vou ter que tirar esse funcionário desse tipo de cuidado (...) (Francisca).*
>
> *Porque tem funcionário que eu tenho que chegar e falar... "Olha, você não está seguindo nada da sua restrição... Então vamos tentar, né, fazer isso..." (Edna).*
>
> *(...) tentando criar estratégias pra isso, para minimizar o conflito dentro da equipe, respeitar a restrição que o funcionário tem. Respeitar (...) respeitar a história que ele tem dentro da instituição, né. É... (...) E respeitar, assim, as restrições que são impostas, as restrições médicas que são impostas É um... É um desafio (Flora).*
>
> *(...) a gente precisa conversar com toda equipe, porque não é fácil, porque os próprios funcionários com incapacidade, eles reclamam dos colegas, que não tem ajuda, que tem dificuldade pra pedir, porque faz cara feia, porque dá indireta, né, então é bastante complicado nesse sentido (Francisca).*
>
> *Mas você tem que estar sempre tomando cuidado, né. Minimizando o conflito ao máximo sabe que, se conflito começa a ser gerado, é muito difícil de você reverter e, aí (...) ter uma equipe desunida é muito complicado (Flora).*

Além de mediar os conflitos, chama a atenção nos discursos a seguir, que o enfermeiro gerente reconhece em seu papel, a potencialidade de poupar e retardar o agravamento das lesões nos trabalhadores:

E assim, eu te afirmo uma coisa, depende muito do enfermeiro que está com esses técnicos, para aliviar um pouco quem tem restrição, que aí o enfermeiro assume um pouco daquela responsabilidade pra si, pra deixar o trabalhador com restrição dentro das normas certinhas do que o médico propôs (Túlia).

E... Se tem, assim, por exemplo, um plantão que eu tenho só eu e uma funcionária com incapacidade, aí eu peço ajuda, num raio X, peço ajuda pra alguém. Eu não deixo essa funcionária com incapacidade fazer alguma coisa que ela não possa (Jade).

Ás vezes pela restrição, a gente tenta assim... É... Mostrar o lado do outro, que às vezes, nem é possível... Ou comparar com outras unidades, o hospital como um todo... A gente vai ter que se ajudar, trabalhando, vendo o que um pode fazer... (Edna).

Eu espero que eu continue, que eu possa continuar assim vendo esses problemas, vendo essas coisas e eu possa continuar ajudando, falando e melhorando, porque, tudo o que eu fiz, de uma forma ou de outra, foi feito... Aquele chão tava quebrado, mas ele foi concertado. Do jeito que ficou, ficou melhor do que tava e não tá causando risco. Então, eu espero que eu possa continuar com essa força... (Jade).

Os discursos também evidenciam que os enfermeiros reconhecem a importância de uma gestão mais participativa:

(...) todas as equipes, eles sempre souberam que... podiam contar comigo, assim, pra assistência, pra ajudar em tudo e qualquer coisa. Então, é... sou uma enfermeira, assim, que... Eu atuo mesmo. Eu não fico só escrevendo, só papel. Então é dessa forma que eu trabalho, assim, conversando, né, a gente... Eu faço também, eles sabem que podem contar comigo (Jade).

(...) às vezes, eu como gerente, não percebo mas que o grupo vem... e fala, entendeu? Então, você tenta fala "olha, vamo tentar... Né", realmente a gente pede assim: " olha, quando você tiver com muita dor, então você vem e fala"... (Edna).

Os enfermeiros gerentes reconhecem o seu papel na função de sensibilizar os trabalhadores sadios para buscarem tratamento quando apresentam alguma queixa, a fim do diagnóstico e reabilitação precoces, conforme o relato abaixo:

(...) é o que eu falo pra eles, se você tá com dor, se você tá com... Você tem que procurar um médico, né! É isso (Francisca).

O cuidado do enfermeiro gerente no momento de delegar atividades é ressaltado como um fator de melhora na problemática das restrições, evitando o agravo e também os conflitos:

Os gerentes, os chefes, eles também tem que pensar... Vai mandar a mulher limpar o teto? Não tem condição (Jade).

Então, eu acho que é sempre um cuidado que o gerente tem que ter nesse sentido, de, sim, solicitar quando não tem jeito, mas tentar ser o mais igualitário possível, pra não gerar tipo de conflito entre eles (Flora).

Então, com bom-senso, com comunicação, né! E... E estabelecendo o que cada um pode fazer, o que não pode, sem sobrecarregar, também, aquele o... que "não tem nada" (Jade).

Então o que eu sempre peço pra eles é que não faça nada sozinho, que sempre solicite ajuda pra os colegas, tá (Francisca).

(...) tem que ser um acordo com a equipe. Não adianta eu fazer um acordo com um funcionário específico e... E a equipe não vir junto nesse acordo, né. É um pacote! E aí, se eu não conseguir estabelecer isso com a equipe toda eu não vou conseguir. Não é poupar... Eu não sei se a palavra poupar... mas acho que respeitar o limite do... de quem tem algum tipo de restrição, né (Flora).

Os discursos apontam a necessidade de transformações estruturais (física, mobiliário e equipamentos), e também, o investimento em melhorar as relações interpessoais no trabalho para amenizar a problemática:

E no caso das instituições, o redesenho dos postos das estações de trabalho, troca de equipamentos, investimentos em equipamentos que sejam adaptados para o trabalhador (Frederico).

A gente normalmente pensa, de primeiro momento, em ergonomia e em equipamentos. Mas também existem, pra melhorar as condições de trabalho, as relações interpessoais dentro do ambiente de trabalho. Como a enfermagem é uma profissão que trabalha em ritmo acelerado, muitas

vezes é um trabalho feminino, pode ser entre as questões de gênero (Frederico).

O trecho a seguir evidencia que o enfermeiro gerente deve estar atento para as mudanças na estrutura física e de mobiliário para melhor atender os pacientes, sem perder o foco na saúde dos trabalhadores:

> *(...) "ah...a gente não poderia trocar as poltronas... as cadeiras da sala de medicação por poltronas, porque fica mais confortável para o paciente?"... E a primeira coisa que veio na cabeça foi: "Vai ficar mais confortável para o paciente mas o cara vai passar o dia inteiro abaixando pra ficar puncionando veia, numa posição péssima" (Flora).*

Além das transformações estruturais, é necessário o investimento em treinamento técnico, para efetividade dessa estratégia gerencial:

> *(...) a gente até percebe alguns equipamentos que foram trocados na Instituição, mas que eles são pouco utilizados pelos trabalhadores. Então, a instituição, por exemplo, investiu em elevadores de pacientes, camas elétricas, mas se elas são mal utilizadas, é um investimento que não teve utilidade alguma. Porque, é aí que entra a gerência, se a gerência não treinou, a instituição investiu, a gerência não treinou e o trabalhador não tá utilizando corretamente equipamento (Frederico).*

Nesse sentido, apesar dos enfermeiros reconhecerem seu papel para uma real mudança, os discursos revelam que os mesmos sentem o despreparo diante de tal problemática:

> *E aí acho que a gente fica meio sem saber o que fazer. (...) "Ahh... Não posso pôr aqui!" Mas tem uma, por exemplo, que ela só pode cuidar de paciente de semi, não pode cuidar de paciente de UTI, aí às vezes não tem pacientes de semi. "E agora o que é que ela vai fazer? Não sei o que eu faço com ela!" (Túlia).*

> *É no sentido de a gente não tá se preparando pra lidar com esse funcionário da maneira correta, né. É... Tô falando de teoria. A gente não tem nenhum tipo de teoria, né? "Como é que eu lido?", "Ah! Eu readequo!" Eu tenho que por ele num lugar onde ele não faz aquilo... Onde ele não repete o*

movimento, já que ele tem problema com o movimento repetitivo. Será que é só isso? Não sei! Né. Será que o gestor tem mais algum papel além do respeitar a restrição médica? Não sei! (Flora).

(...) o enfermeiro no dia a dia, ele, é... Não tá capacitado pra esse enfrentamento, pra gerenciar esse conflito na equipe, é... A gente... Não tem essa discussão... Pelo menos os enfermeiros mais antigos não tem essa discussão na... Nem na faculdade e nem nas reuniões de grupo (Frederico).

(...) alguma campanha institucional, alguma coisa que pudesse... É... Chamar a atenção dos gerentes, das chefias para isso... Pra essa problemática, para que a gente conseguisse aprender a lidar melhor com isso (...) Alguma teoria por trás disso, pra gente lidar com isso da melhor forma, né (Flora).

A enfermeira Flora destaca a importância de não criarmos uma cultura de que os trabalhadores são incapacitados devido à profissão, a fim de que possamos enfrentar essa problemática e no futuro esse quadro possa ser transformado:

(...) eu acho que a gente tem que começar a se questionar e parar de achar que isso é inerente a profissão (...) A gente fica vivendo um dia de cada vez, né. "Amanhã eu vejo que eu faço com a escala"... "Amanhã eu vejo como é que eu faço com isso"... Amanhã...? Eu não acho que a gente tá tendo a devida preocupação com o assunto é... E acho que a gente vai acabar tendo uma consequência disso né (Flora).

5.1.2.3 Necessidade de implantar Programas de Retorno ao Trabalho

A ausência de um Programa de Retorno ao Trabalho que congregue equipe multiprofissional, os líderes e os demais trabalhadores dificulta que os gerentes pensem em ações para o futuro:

(...) eles se queixam bastante de falta de um programa de reabilitação (...) Não existe um programa de readaptação do trabalhador, quando ele retorna ao trabalho. Isso também é uma queixa grande dos trabalhadores (...) essa falta de programa de reabilitação ela acaba piorando ainda mais (...) porque a pessoa volta pro trabalho e ela não tem nada programado pra acolher essa pessoa de volta no trabalho. Então, ela se sente muito prejudicada

quanto a isso. A reintegração desse trabalhador ela fica prejudicada (...) (Frederico).

Essa adaptação do retorno ao trabalho (...) Realmente não tem um acompanhamento de um profissional, né! (Edna).

Outro ponto determinante é a limitação no acompanhamento contínuo à saúde do trabalhador implicando também na falta de ações gerenciais para o futuro:

(...) o SESMT, na verdade, ele valida essa restrição e muitas vezes ele acrescenta mais restrições, que ele não pode fazer, atividades que ele não pode fazer. Muitas vezes ele é muito vago, tá. Então, o SESMT fala assim: "Então, você está de alta e você vai voltar com essas restrições". Então ele chega na unidade com isso (Francisca).

E acho que também ter um planejamento pra o futuro, a gente não esperar alguém pifar pra resolver o problema, ter um trabalho preventivo, a gente não tem trabalho preventivo, a gente não tem ginástica laboral, a gente não tem um estudo com fisioterapia, não sei, é... Pra como executar as nossas tarefas do dia a dia, de uma maneira menos prejudicial, isso não é feito (Túlia).

Essas pessoas, quando se afastam, mas quando voltam pro serviço, elas não (...) recebem uma orientação de como se comportar no trabalho (Frederico).

5.1.2.4 Vigilância, promoção à saúde e prevenção de agravos

A possibilidade de evitar o adoecimento é colocada a partir da vigilância, promoção à saúde e prevenção de agravos a saúde do trabalhador. Isso se torna evidente quando os gerentes trazem suas expectativas para a resolubilidade desta problemática:

(...) eu acho que a gente precisa começar a olhar pro futuro e pensar como é que eu vou prevenir isso, ou minimizar isso, daqui pra frente já que chegamos nisso *(...) a gente precisa parar de se conformar com isso né, e pensar quais as estratégias pra evitar que isso aconteça... Vai acontecer... Lógico que vai, né... Mas que a gente talvez consiga minimizar isso (...) É... Preparar os gerentes, preparar a equipe de como lidar com o que já foi...*

Com o que aconteceu e como prevenir esse aumento que eu to te falando, de número, né, então, de pessoas que tenham algum tipo de restrição ou de incapacidade (Flora).

A gente podia ter um acompanhamento de saúde do trabalhador. Porque o que acontece hoje é que a gente faz exames clínicos né... Tipo... Urina, colesterol, essas coisas, uma vez por ano. Passa no SESMT, se tá bom tá, se não tá... Eles até que encaminham. Mas não tem essa parte de, por exemplo, acompanhamento do trabalhador (Túlia).

(...) quando eu falo desde o começo, assim, desde que as pessoas entram na profissão, desde que eu começo a trabalhar com um funcionário novo, que talvez já não seja tão novo de profissão, mas que seja novo na minha unidade é... Minimizar aqueles que podem ter algum tipo de restrição prevenida (...) Então, acho que hoje, sim, lidar com isso é difícil, é um desafio e, como eu disse, mas... tentar virar um pouquinho a cabeça, assim, pra forma preventiva, de não deixar aqueles mais novos chegarem no ponto onde chegaram os funcionários mais antigos (Flora).

(...) a gente poderia ter um acompanhamento psicológico, porque tem muita gente entrando em Burnout, pegando licença (...) ter o acompanhamento físico, o papel do SESMT acho que não seria só ver se as partes clínicas, se tornou hipertenso ou não, se tornou diabético ou não, a gente cuida é do corpo. Como é que é a angulação do braço correto? Quando eu vou levantar o paciente na cama como é que o meu corpo deve se posicionar? (Túlia).

A enfermeira Túlia reforça a necessidade dos enfermeiros reconhecerem e valorizarem os trabalhadores, ainda que possuam restrições:

Acho que a gente também tem que mudar a forma de enxergar as coisas, porque ninguém fica doente porque quis! Ninguém vai lá e martela nas costas pra as costas quebrar, e: "agora eu não posso carregar peso, olha só!" (risos). É tudo em prol de fazer o trabalho, de ir lá poder ganhar o seu dinheiro ao longo do tempo dá desgaste. E tudo que ela produziu antes, na hora que ela tem momento de desgaste ela não presta mais? Acho que a gente tem que mudar a forma de enxergar as coisas (Túlia).

Os discursos também evidenciam que há a tentativas pontuais de intervenção por parte da gerência direta:

> *(...) um treinamento de como se posicionar pra pegar o paciente, pra tirar o paciente do leito, para movimentar o paciente na cama, pra gente é... Não ter problemas na coluna, do ombro. Até pela forma inadequada de transportar esses pacientes (Francisca).*
>
> *Eu sei algumas coisas de ergonomia por conta da época da escola, quando eu era aluna, eu aprendi. Pra alguns técnicos eu passo o conhecimento assim, mas, gostaria de algo a mais (Túlia).*
>
> *Um treinamento pontual (...) para a equipe, como fazer tais atividades... (Edna).*

Com a ausência desse tipo de programa de vigilância à saúde do trabalhador surgem ideias de ações gerenciais para a promoção à saúde e prevenção de agravos. As primeiras estratégias gerenciais citadas para resolubilidade seria a realocação de recursos humanos:

> *(...) aqui no HU, o ideal era que a gente conseguisse é... Ter ajuda... Não sei... Ter uma forma de... De alocar esses funcionários em algum outro setor, mas que a gente não tem isso (...) (Francisca).*
>
> *(...) uma estratégia para tirar da assistência, por que contribuía muito pouco na assistência e pra adequar o tipo de atividade que ela conseguia fazer, colocar na gestão de material, né, que é uma função muito mais tarefeiro, eu consigo supervisionar muito mais de perto... E falar: "oh, agora você faz isso!"; "agora você faz aquilo!" (...) Então, esse tipo de adequação, de readequação, de colocar as pessoas em sítios funcionais onde elas consigam desenvolver atividade daquele sítio, como se ela não tivesse nenhuma restrição, é o ideal (Flora).*

Segundo a enfermeira Túlia, uma estratégia para essa realocação poderia ser traçar o perfil dos trabalhadores, respeitando as particularidades e possíveis agravos a saúde dos trabalhadores:

> *Eu acho que o hospital tinha que trabalhar com panorâmica, de ver perfil e adequar as pessoas de acordo com o perfil dela, e trabalho preventivo que não tem (Túlia).*

> *(...) a gente a poder traçar um perfil dos trabalhadores aqui, pra a gente poder adequar a unidade não só pelo perfil de trabalho em si né, tipo: "eu gosto de UTI"; "eu lido melhor com criança"; "eu lido melhor com adulto". De perfil de gosto né, mas perfil de físico, de né... Da situação do momento que a pessoa tá vivendo na vida dela (Túlia).*
>
> *É... Então, eu acho que assim, pra pessoas que tem algumas restrições psiquiátricas, acho que trabalhar com nascimento é melhor que trabalhar com morte, por exemplo. De peso, a pessoa tem um perfil bacana de UTI, mas talvez ela ir pra uma UTI pediátrica, ela vai carregar menos peso do que ela trabalhar numa UTI adulto, que a gente tem um perfil grande de obesidade, hoje em dia. Então, a gente tem que ir trabalhando com isso. Ahh... Tá com muita restrição de peso, tá com muito problema na coluna... Então vamos levar para o ambulatório! (Túlia).*

Mas para essa estratégia de realocação de recursos humanos vem à tona a necessidade de ações gerenciais da parte da chefia administrativa e de novas contratações de trabalhadores:

> *Ahh... Sai da assistência, trabalha um pouco como técnico do material, lida com essa parte de controle de insumos, tá muito pesado lidar com ser humano no momento, tanto físico quanto psicologicamente, vamos tirar essa pessoa e colocar pra ser técnico do material no momento, sabe? (...) Então quem tem a chefia geral, elas são cinco diretoras que nós temos aqui, elas conseguem conversar entre si, ver o plano de todos os trabalhadores, o perfil de todos os trabalhadores e ir adequando, porque eu acho que fica bom pra todo mundo (Túlia).*
>
> *E como não existe a reposição desses funcionários, não tem como também a gente tentar transferir esses funcionários pra alguma outra atividade, né. O ideal seria que ele fizesse alguma outra atividade, mas desde que entrasse outros profissionais, né, que tenham condições físicas pra tá substituindo eles (Francisca).*

Para o enfermeiro Frederico, outra estratégia para a promoção à saúde e prevenção de agravos seria a possibilidades de descanso durante os turnos de trabalho:

> *E a gente também percebe que, nas más condições de trabalho, que não existe uma pausa adequada. As pessoas não têm um local de descanso, elas não têm... Parece que almoçam em 30 minutos e já voltam pra não atrasar os horários dos medicamentos, dos procedimentos. Então, as pessoas não conseguem descansar dentro do turno de trabalho, o que aumenta, ainda, o estresse e causa uma dificuldade de relacionamento interpessoal (Frederico).*

A criação de grupos de discussão, formação continuada, capacitações, surge como outras estratégias:

> *(...) agora para o segundo semestre, a gente imagina implantar grupos, assim, na forma de rodas de discussão sobre essa temática, com os enfermeiros das unidades que têm interesse em debater esse assunto, pra que não seja um assunto que surja somente na hora de se escalar as atividades e depois fique no esquecimento, também (Frederico).*

> *(...) se você colocar o pé na frente dele, já ajuda e levanta... E você dobra a perna. Então, você já flexiona seu joelho, não fica hiperestendido, você já consegue... Pra levantar, de baixo também, você já consegue. Então, você tem que utilizar o seu corpo, suas pernas, os seus músculos pra... Pra você evitar lesões. E você... Você se cuidar. Porque, se não... Acho que é com orientações... Com as nossas oficinas, é... Mostrando para as pessoas o que elas podem fazer, pra evitar complicações (Jade).*

> *Os gerentes também teriam que é... Dentro da liderança da equipe, incluir esse tipo de educação permanente voltada para a ergonomia (Frederico).*

O desenvolvimento de parcerias com a academia e o desenvolvimento de pesquisas científicas relacionadas à saúde do trabalhador também são relatadas como estratégias:

> *(...) que até a sua pesquisa pode ser um espaço pra isso depois que você tiver os resultados e tudo, porque quando as pesquisas chegam aqui, chega um resultado e acontece: "olha só!" Digamos: "os trabalhadores que tem restrição tão se sentindo dessa maneira, os que não têm tão se sentindo dessa maneira, o que é que a gente vai fazer diante disso"? Porque quando chega o resultado das coisas aqui mexe com as chefias. Porque são*

perspectivas de fora, e as vezes a gente tá muito focado aqui dentro e não enxerga né? (Túlia).

(...) a gente consegue fazer um trabalho de prevenção sim, pensando nisso desde o começo... Desde quando eu tenho um funcionário novo, ou desde quando um funcionário entra na profissão de enfermagem, seja ele técnico ou enfermeiro, é... Acho que a gente devia começar a pensar nisso. Não só a gente gestor, a gente academia, a gente todo mundo... E o próprio funcionário! Aprender a trabalhar isso dentro do dia a dia dele né (Flora).

Outro aspecto amplamente discutido pelos enfermeiros gerentes é a necessidade de coparticipação do trabalhador nas ações para a sua saúde:

Então, eu penso que, no individual, as pessoas têm que ter uma mudança de atitude quanto a promoção da saúde, rever hábitos de vida, hábitos saudáveis de vida, melhorar isso, como atividade física, combatendo o sedentarismo, as dietas, rever os hábitos alimentares e a própria ergonomia dentro do trabalho, das atividades de trabalho (Frederico).

(...) expectativa, a gente tem que ter muita paciência e fé. (...) o futuro dos profissionais diante de tudo isso, cada um tem que se cuidar... Tem que... "Não vai sozinho"... "Faz com mais calma"... "Não dá pra levar 15 pacientes... Leva 8. Então"... Né... Cada um tem que se ajudar também né (Jade).

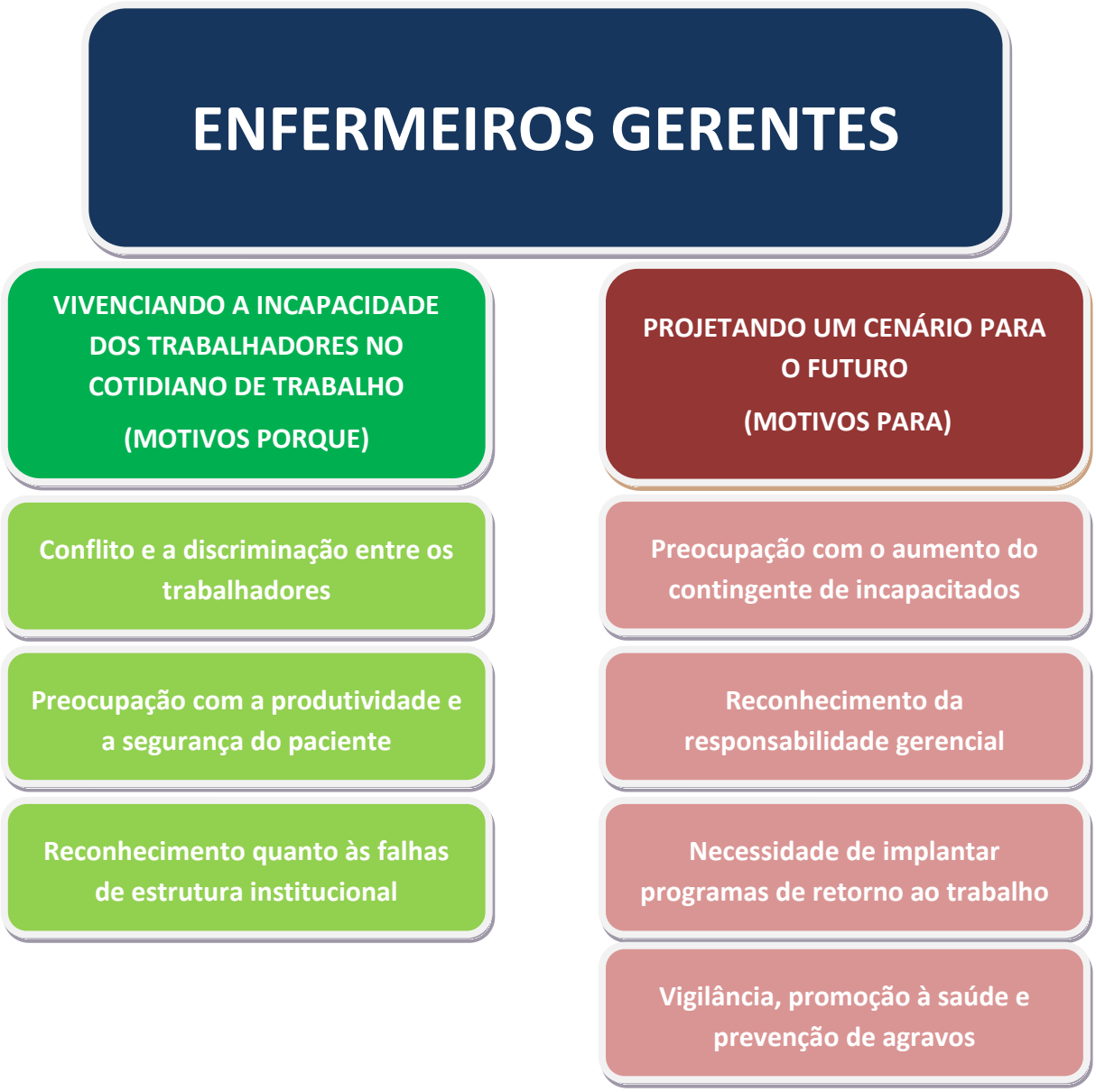
Assim como, a multidisciplinaridade no acompanhamento da saúde do trabalhador:

(...) envolvam também outras faculdades que nós temos como recurso, várias faculdades de ciências da saúde dentro da universidade, e que são recursos que são... Como se diz... Mal utilizado. Acho que a gente precisa... Deveria melhorar a comunicação intersetorial, no caso (Frederico).

Evidencia-se nos discursos dos enfermeiros gerentes a percepção da problemática das restrições para o trabalho e a necessidade de transformar a realidade vivenciada. Nesse aspecto, várias estratégias são apontadas, subsidiando medidas futuras para que a instituição possa implementar.

Com intuito de sistematizar o exposto anteriormente, apresentamos um esquema com as categorias concretas do vivido dos enfermeiros gerentes:

Figura 1. Categorias concretas do vivido dos enfermeiros gerentes.



5.2 AS CATEGORIAS CONCRETAS DO VIVIDO DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM COM RESTRIÇÃO

Ainda com o objetivo de **compreender *a ação social dos trabalhadores de enfermagem diante das restrições para o trabalho, desvelando a interface entre os trabalhadores com incapacidade e supervisores,*** os discursos foram organizados em categorias por meio das experiências que emergiram do convívio com a incapacidade (motivos porque) e das expectativas para o futuro (motivos para) conforme o referencial de Alfred Schütz.

Os discursos obtidos com os trabalhadores de enfermagem com restrição evidenciaram a vivência diante da problemática da incapacidade para o trabalho em seu contexto. A análise resultou na construção de duas categorias: ***Vivenciando a incapacidade laboral*** e ***Projetando um cenário para o próprio futuro.*** A categoria **Vivenciando a incapacidade laboral (motivos porque)** inclui: A exposição às cargas de trabalho como fator desencadeador da restrição, a vivência de sentimentos ambivalentes na organização do trabalho e a vivência da culpa pela restrição ao trabalho. A categoria **Projetando um cenário para o próprio futuro (motivos para)** engloba: A espera apoio e compreensão da equipe, as estratégias para reorganizar o ambiente de trabalho e a necessidade de acompanhamento desse trabalhador que possui restrição.

A seguir, as categorias são apresentadas, juntamente com os trechos referentes aos discursos colhidos com os trabalhadores de enfermagem com restrição.

5.2.1 VIVENCIANDO A INCAPACIDADE LABORAL

Nesta primeira categoria, descrevemos a vivencia dos trabalhadores de enfermagem com restrição diante de seu contexto laboral, o que inclui a exposição às cargas de trabalho como fator desencadeador da restrição, a vivência de sentimentos ambivalentes na organização e o sofrimento do trabalhador por estar com restrição para o trabalho.

5.2.1.1 A exposição às cargas de trabalho como fator desencadeador da restrição.

Para os trabalhadores de enfermagem a exposição às cargas de trabalho foram condicionantes no desencadeamento da restrição:

> *Quem trabalha na área de saúde, como você sabe, a gente trabalha com peso, paciente na maioria das vezes, hoje em dia, que a gente tem muitos idosos né, então tem que fazer esforço (Zandra).*
>
> *O meu é por causa de preensão, movimento. Que tem alguns movimentos que antes eu fazia muito. Nó, por exemplo, nó, eu faço nó com fio na mão (Romana).*
>
> *(...) na clínica médica a gente trabalha com doente crônico, com idoso, com paciente acamado, né, tem que empurrar cadeira, tem que empurrar maca, né (...) então, eu não tinha essa incapacidade, eu já trabalho lá no hospital esse ano faz 25 anos (Adalgiza).*
>
> *Era normal não tinha restrição nenhuma (...) Eu não tinha isso então a minha restrição começou (...) fisicamente e mentalmente né (...) A minha restrição aconteceu mais ou menos por causa do lugar onde eu trabalhava (...) (Maraisa).*
>
> *Às vezes a dinâmica é tão corrida, tem tão pouca gente que você não consegue fazer isso, e você acaba indo diariamente, você acaba se lesionando. É uma coisa que vem com o tempo, não é uma coisa que acontece rápido né (Mirtes).*

A falta de informação e de preparação para desenvolver as atividades relacionadas à enfermagem também são apontadas como motivos pelos quais o trabalhador adoece e desenvolve restrições:

> (...) *a gente nunca pensa que... Acha que é de ferro né, faz tudo, faz tudo! Só que lá na frente, no futuro, o corpo ele começa a cobrar né, algumas coisas que você fez errado né, postura errada. Não somos ensinados né, como usar o nosso corpo né... Não existe uma receita: "Se você fizer isso vai prejudicar sua coluna" (Zandra).*
>
> *(...) quando você entra nessa área, ninguém fala: "Olha, é muito pesado!". Então, você vem... No meu caso, eu vim muito despreparada (Mirtes).*

> *Não faz um exercício, não faz um fortalecimento dessa musculatura né. E aí, com tempo a gente vai envelhecer... E aí, que vêm os probleminhas, começa uma dor aqui, uma dor a acolá e quando se vê, está cheio de dor (risos) (Zandra).*
>
> *(...) Eu falo que a gente devia ter alguma disciplina na faculdade ou no curso técnico que falasse: "Não, vocês precisam trabalhar musculatura, que é um serviço pesado" (Mirtes).*

Em decorrência das cargas de trabalho, explicitadas pelas cobranças e a demanda de trabalho em seus postos de trabalho, os trabalhadores reconhecem que por muitas vezes, acabam descumprindo suas restrições:

> *Muitas vezes eu me pego fazendo coisas que eu não posso fazer (Zandra).*
>
> *Por mais que tenha lá descrevendo no meu prontuário que tem uma restrição, você tá lá na unidade, e não está escrito que você não tem restrição, e você acaba que muitas vezes você até faz algumas coisas que você não pode fazer (Adalgiza).*
>
> *Você não pode falar: "Eu não vou fazer!". Porque, como a gente trabalha numa área que é ali, é imediato. "Cê" não pode deixar pra depois. "Ah, depois eu faço, quando eu tiver bem!". Não! É lá, imediato. Tá nascendo? Vamos correr. Não é? Entendeu? (Romana).*

O desejo em realizar bem as suas atividades profissionais contribuem para o não cumprimento dessas restrições:

> *E o pessoal dá o sangue aqui, né? A gente adora isso aqui (RISOS) (Romana).*
>
> *Você pega um paciente muito pesado, você não tem estrutura pra tá pegando aquele paciente e você acaba fazendo pelo paciente (Mirtes).*
>
> *(...) "não pedir ajuda, não pedir ajuda", porque eu achava que dava pra fazer eu faria né, só que isso é um erro né, é um erro da gente achar que a gente é um super homem ou uma super mulher (Zandra).*

A execução de inúmeras atividades acarreta no desenvolvimento e/ou

agravamento de patologias que, vêm acompanhadas de dor, aumentando também as limitações de movimentos:

> *O nosso corpo ele não é feito de ferro, né. Ele é feito de ossos, articulações, músculos, um monte de coisa que isso danifica, né (Zandra).*
>
> *Tá reclamando. O corpo reclama. A gente faz muito peso né, que nem retirar uma paciente da... Da... Da... Da... Da... Da... Da mesa pra maca. Antes a gente tinha mais força pra isso, né? Agora não (Romana).*
>
> *A primeira restrição foi por peso, que eu tinha tendinite (...) comecei a sentir dor no braço, começou a formigar e ai descobri que eu tava com síndrome do túnel do carpo (...) e aí com esse problema que eu tinha físico (...) mas também com a pressão (...) acabou mexendo com meu psicológico né e acabei ficando depressiva (Maraisa).*
>
> *Então nisso, várias vezes por muito tempo, acaba que você fica com dor. Igual hoje, todo mundo sai desgastado. Hoje é uma particularidade, a gente ta no momento de greve, teve muita gente que saiu, a gente ta numa escala reduzida, mas até antes disso a gente sai muito desgastado. Até eu, que tô com uma parte que não faço tanta força física, se anda tanto na unidade, tem tantas coisinhas pra se fazer, que você sai exausto do plantão né, sabe... É bem cansativo (Mirtes).*

O PIDV apresenta-se como um dos fatores condicionantes de sobrecarga de trabalho, devido à redução do número de trabalhadores e acúmulo de atividades, caracterizando a exposição às cargas fisiológicas e psíquicas:

> *E agora com o HU com esse plano de incentivo a demissão, saiu mais profissionais né, então a gente tá uma carga de trabalho até maior (Adalgiza).*
>
> *(...) teve o PIDV né, e daí saiu uma quantidade de funcionários, aí se readequou a unidade. Só que comparado com o que a gente tinha, mesmo com essa readequação, ficou muito menos (Mirtes).*
>
> *Então, tem muito trabalho pra pouca mão, pra pouco funcionário né. Então isso é ruim... Então você fica sobrecarregado, né. Isso é um ponto de vista meu né, eu acho que no geral isso tá fazendo com que a população da enfermagem fique mais doente (Zandra).*

O hospital teve um PIDV, você sabe né? A USP teve, então o nosso setor ficou muito sobrecarregado, a enfermagem ela acabou ficando com mais paciente, mais coisa pra fazer do que a uns dois anos atrás, né? E então você não fica feliz por isso (Maraisa).

Do ano passado pra cá, tá difícil, Tá difícil! E a falta de funcionários também né! Diminuiu o atendimento? De certa forma diminuiu. Aqui no hospital hoje, por causa do PIDV, tá em greve, mas assim... Caiu um pouco, mas também diminuiu os funcionários. Diminuiu o atendimento, mas diminuiu os funcionários (Régia).

(...) acho que saíram 400 pessoas do hospital daqui entendeu? Então se imagina o hospital que tem 1.500 funcionários que na época não sei, era isso, mas ai sai 400, ficou 1000, então dobrou o serviço né? (Maraisa).

A não reposição de recursos humanos no hospital também contribui para a sobrecarga de trabalho enfrentada pelos trabalhadores no cotidiano:

Então, assim, o número de funcionários já foi muito maior. É que foi saindo também pessoal que aposentou, teve gente que pediu a conta, eu acho que afastado a gente tem uma, que teve bebê e ta afastada. Então tem uma série de fatores né (Mirtes).

Não tem tanto funcionário (...) a mão de obra não se contrata né, então muitas vezes os colegas... A gente fica sobrecarregada com o número muito grande de paciente né... E não tem gente suficiente pra tá dividindo Então, isso acaba levando você a um ponto que eu acho mais crítico, sobrecarregado o funcionário do cuidar (...) esse é um dos pontos que eu acho que piora mais a saúde do trabalhador da saúde é o número de paciente por profissional (Zandra).

(...) quando tem um número menor de funcionários, ou porque alguém tá de licença ou porque alguém aposentou, enfim isso me prejudica muito (Régia).

Além de a gente ter que fazer o nosso serviço de enfermeiro, a gente também tá fazendo o serviço do técnico, a gente tá fazendo medicação, a gente sempre assistiu, mas agora a gente tá assistindo mais ainda, né, isso vai sobrecarregando né (Adalgiza).

5.2.1.2 A vivência de sentimentos ambivalentes na organização

Devido às restrições para o trabalho, os trabalhadores de enfermagem vivenciam sentimentos ambivalentes que vão desde o sentimento de apoio, companheirismo e compreensão dos colegas e chefias, a sentimentos de discriminação, violência e preconceito vindo por seus pares, gerentes e da própria instituição.

Diante das restrições que geram limitações para a realização de várias atividades, os trabalhadores relatam que recebem apoio e existe entendimento por parte dos colegas e da chefia:

> *Então, dos meus colegas eu vejo um entendimento em relação a isso, inclusive a gente conversa bastante sobre isso, né, a gente tenta se adaptar (Adalgiza).*

> *(...) no meu setor eu tenho compreensão com relação a minha chefia e eu não tenho problema nenhum, e os colegas também... Não tive nenhum problema em relação a isso (...) os colegas né, então eles tem uma... Compreensão muito grande quando precisa de ajuda né (Zandra).*

> *Então, hoje em dia é muito tranquilo. Acho que a gente se entende muito entre si, as enfermeiras são muito companheiras também, elas encaminham pacientes, buscam... Então, assim não tem do que se queixar (...) tem uma boa compreensão das chefias (Mirtes).*

> *Aqui a gente é bem unido viu? O pessoal ajuda muito. É isso que eu posso dizer. É que a gente aqui tem uma equipe boa né? (Romana).*

Os trabalhadores relatam que são criados diversos mecanismos de cooperação para que seja reduzida a sobrecarga no trabalhador que não possui restrição:

> *(....) um local tá muito pesado, a gente tenta revezar isso, pra essa pessoa não ficar tanto tempo nesse local, a gente tem esse jogo de cintura que já ajuda bastante (...) dá pra fazer muitas outras coisas, tipo puncionar um acesso, dá pra adiantar a medicação, dá pra encaminhar paciente que ta deambulando... Então, dá pra se fazer muita coisa! (...) a gente tem esse jogo de cintura que já ajuda bastante (Mirtes).*

A gente divide lá a clinica médica em três setores: tem a ala que os pacientes andam, precisam de pouco auxílio, tem aquela ala que é só dos acamados, e tem a ala que tem os dois. Às vezes, como a gente faz um rodízio, né, por mês, cada enfermeiro fica num lugar, às vezes na ala que tem, que tá acamado, que tem acamados, nunca é tão... Tão pesado assim. Às vezes eu fico lá, entendeu? (Adalgiza).

Todo mundo ajuda! (...) É automático, um ajuda ou outro. Às vezes uma ajuda maior né? Que às vezes a gente chega e fala: "Olha, hoje eu não "tô" legal! Vamos trocar de posto! Vamos trocar de local?"; "Vamo"! A gente tem essa... Essa mobilidade. Tu fica lá, que eu fico cá, que hoje eu "tô" meia debilitada (Risos). É o modo de dizer. E aí você vai (Romana).

Entretanto, também há situações em que o descaso e a falta de apoio se fazem presentes:

E as vezes tem gente que não acredita, acha que eu que não quero pegar. Aí na hora eu mostro o meu pé! Eu mostro: "Olha, eu tenho restrição, eu fiz uma cirurgia, eu tenho problema no pé, eu não posso pegar peso que me dói!" (...) Aí a pessoa já dá uma... Muda um pouco a fisionomia sabe? (...) Às vezes eu fico chateada (...) porque não sou respeitada! (...) tem gente que às vezes não entende (...) Acha que não é tudo aquilo, acha que é da minha cabeça (Régia).

Às vezes fala assim "pegou licença então é preguiçoso" não. Ninguém pega licença porque é preguiçoso ou porque ele se fez de estar doente, não, é porque o corpo dele tá respondendo de alguma forma o... A sobrecarga, né (Zandra).

Esse preconceito muitas vezes não está explícito, aparece de forma velada, entretanto os trabalhadores percebem a partir de expressões faciais ou frases indiretas, o preconceito dos colegas:

(...) muitas vezes eu já vi o não verbal deles de "não estar satisfeito", né. (...) você percebe isso na hora que você... Que você... Né... Você conhece a pessoa... (Adalgiza).

O grande problema é que algumas pessoas não compreendem e, às vezes, quando te ver na escala, você ta em tal lugar, a pessoa fala "como é que a gente vai trabalhar?" Tipo, quem tem restrição trabalha! Não é porque eu

tenho restrição que eu não posso fazer alguma coisa... Eu não posso pegar peso (Mirtes).

"Ah não! Dá pra você ficar ali sim! Diminuiu, não anda tanto assim não! Onde você tá ali anda mais!". Mas eu sinto que a pessoa não acredita, entendeu? Não acredita! Mas quem tá falando sou eu, gente! Eu é que sinto! Acha que sou eu que não quero ficar ali naquela área, e não é isso, é que dói mesmo (Régia).

(...) tem sempre um que meio que torce o nariz quando vê que você está escalado em determinado local. (...) Ela não chega a falar, mas o olhar dela diz tudo, assim (Mirtes).

Mas aí você vê que, a impressão que dá é que a pessoa fala: "Não acredito que tem pessoa com restrição!"; "E agora como é que a gente vai fazer?" (...) tem pessoa que acha que porque você não vai pegar peso, você não vai ajudar em nada, e não é bem assim (Mirtes).

Dessa forma, a violência implícita nas relações do cotidiano funciona como um desencadeador importante de sofrimento psíquico no trabalho:

Eu comecei a ter medo de atender paciente, medo de cuidar do paciente e ela não entendia achava que tinha que fazer a parte de assistencial (...) ela falava que eu não tinha capacidade de trabalhar em outro lugar (...) quanto mais eu fazia, não tinha feito nada (...) e aí falava que eu não tinha capacidade que eu era louca né, que eu tinha problema de loucura e isso tudo foi ficando cada vez pior (...) eu me senti uma pessoa louca mesmo, você entendeu? (Maraisa).

(...) a gente ouve... Nessa troca de diálogo né, entre as pessoas né, então eu já presenciei pessoas chorando né, colegas, por esse fato né... Isso porque não podia estar fazendo determinadas ações e a chefia põe pra fazer (Zandra).

A negligência e o desrespeito por parte da gerência aparecem nos relatos dos trabalhadores:

Então, a minha restrição, eu não acho que é respeitada! Sinceramente eu não acho (...) depende da pessoa que tá na chefia (Régia).

Quando eu comecei a ficar com restrição eu até solicitei pra sair do setor, né, têm uns 10 anos que eu já pedi isso e eu não consegui, né, é... Por vários motivos, ou porque, né, a gerente fala que eu não tenho perfil, né, vários, vários motivos, né (Adalgiza).

Eu fico muito angustiada com isso porque eu é que sinto a minha dor, entendeu? Eu é que sei do meu problema (...) deveriam respeitar mais né? Mas não respeitam! (Régia).

"Você é uma assassina, quase matou a criança se fosse um filho meu eu tinha matado você"! (...) e aí eu não tinha mais condições de ficar com o paciente pra mim toda vez que eu pegava o paciente eu ia matar esse paciente, eu podia errar! (...) me sentia muito mal, aquela coisa toda pra vim pra cá era um inferno não queria mais trabalhar não queria mais fazer nada (Maraisa).

Nesse sentido, o trabalhador com restrição revela o impacto da restrição na sua saúde psíquica:

A parte pior da história, acho que é o psicológico né, do ser humano ele saber que ele tem uma limitação, sendo que ele sabe, ele se vê, se olha e se fala "Mas eu tenho dois braços, duas pernas, enxergo, eu ando e porque que eu não posso?" (Zandra).

(...) isso mexe muito comigo emocionalmente e psicologicamente, né, mexe bastante, porque você fazia e agora eu não posso mais fazer, né (Adalgiza).

(...) Não posso fazer mais nada (...) você olha pra outras pessoas fazendo e aí, porque que eu não posso fazer? Antes eu podia transportar um paciente sozinho, eu podia ajudar o paciente sozinha, não precisava ficar pedindo ajuda dos colegas, e hoje eu sei que eu não posso fazer isso (Zandra).

A dor constante é um fator que também é relatado pelos trabalhadores de enfermagem com restrição, evidenciando um cotidiano de sofrimento não apenas psíquico como físico:

Hoje eu fui com dor! Hoje é um dia que eu to com muita dor no meu pé, entendeu? Porque trabalhei muito. Fiquei muitas horas em pé, não sentei quase... Só sentei pra almoçar (Régia).

Tem dia que tá um pouquinho mais com dor, no outro dia tá mais tranquilo, aí é o dia a dia né. Tem dia que o plantão tá um pouco mais cansativo aí você sente mais o braço, outro dia não (...) às vezes vai, medica, pede pra subir e trabalhar é complicado. Dor é um negócio complicado (Risos) (Mirtes).

Eu não sei por que mudou, como eu te disse, agora ele dói. Ele não doía tanto assim. Aliás, ele não doía, eu tinha esse problema, mas ela não doía, agora ele tá doendo, muito! Muito, muito, muito, muito (Régia).

Por uma coisa que seja melhor pra você andar, que não doa, tanto, doer sempre vai doer (risos), não tem jeito, mas dói menos, e aí acaba mexendo com outra coisa, às vezes a coluna, encurta aqui, ela fala: "Olhe, sua perna tá uma mais curta que a outra". Às vezes eu vou lá e ela põe a coluna no lugar né. Às vezes dói aqui a troncanteriana, enfim, dor às vezes sempre tem. O problema é aí (Régia).

5.2.1.3 A vivência da culpa pela restrição para o trabalho.

O sentimento de culpa, no processo saúde doença, aparece como determinante, levando-os a questionar porque não desenvolveram suas atividades de forma diferente, a fim de evitar, adoecimento:

Quando você ganha a restrição por algum problema de saúde ou por ter lesionado alguma coisa, você fala caramba eu mesmo que procurei isso né, que você procurou (...) (Mirtes).

Porque a gente aqui trabalhava... A gente que trabalha com carinho com as coisas, né? (Romana).

Eu até fico assim... Aguento o máximo que eu posso pra justamente não pegar licença (Adalgiza).

Esse mesmo sentimento de culpa também aparece nos discursos em decorrência da necessidade de sobrecarregarem os demais colegas de trabalho:

Então, acho que isso faz muita diferença né, de você ter que acabar sendo dependente do colega, né. Isso eu acho né, que é ruim (...) A gente acha que prejudica assim, os colegas estão lá atarefado de afazeres né, e você tem a sua limitação que não pode fazer aquilo sozinho (...) eu acho que às

vezes acaba sobrecarregando né, de toda hora tá pedindo ajuda pra eles né (Zandra).

E, tem o outro lado, que você fica preocupada com o seu colega que tá, que está fazendo coisas que você não pode mais, sobrecarregando o seu colega, né (Adalgiza).

O sentimento de culpa surge especialmente porque eles reconhecem que uma vez sobrecarregando os colegas, em um futuro próximo, os mesmos ficarão doentes também:

E aí você se acha assim, no fundo que você acaba prejudicando os seus colegas né (...) Eu não me sinto bem vendo meus colegas tendo que fazer um serviço pra mim que eu poderia tá fazendo... Não é minha vontade, é uma necessidade eu sei né, pra minha saúde né, pra que eu não venha me prejudicar mais ainda futuramente né (Zandra).

(...) se eu peço pra você fazer uma coisa para mim eu vou te sobrecarregar. E aí que vai acontecer daqui a pouco você tá com problema né? (Maraisa).

(...) eu sei que a gente não sente a dor do outro né, mas a gente imagina o dor do outro né... Então isso é uma coisa que eu falei pra ele: "ó, você vai ficar igual a mim... Vai ficar pegando licença" (risos). Mas é difícil quando tem uma limitação (Zandra).

Chegar pra pessoa pra falar olha eu tenho restrição e não posso pegar esse peso da pra você pegar pra mim? Então você já tá colocando a outra pessoa numa situação que ela também vai falar e a hora que eu não tiver quem vai pegar? (Maraisa).

(...) eu sempre fui muito ativa, sempre fiz né, então, não sou de pedir muita ajuda... Não assim, eu sei que os colegas estão sempre ocupados, claro que quando você precisa realmente, você chama ajuda de quem tiver passando no corredor, mas assim, se der pra fazer sozinho eu vou fazer sozinha (Zandra).

A culpa também aparece no que diz respeito ao fato de ter que tirar licença, fazendo com que o trabalhador continue trabalhando mesmo estando doente, fica claro o processo de presenteísmo:

> *Você pensa "poxa quando era mais jovem eu fazia tudo"... Aí você fala "poxa agora eu não posso fazer, porque se eu fizer esforço vai prejudicar, eu vou ter que ficar afastada". Essa é minha maior preocupação! (Zandra).*

> *(...) essa fissura que eu tive no pé, foi porque eu tive a crise na coluna, aí eu aguentei trabalhando, que é o tal do presenteísmo né, aguentei trabalhando, aí eu forcei meu pé por conta da crise na coluna né (Adalgiza).*

O sentimento de culpa mistura-se com o medo de perder ou se afastar definitivamente do emprego devido a restrição desenvolvida:

> *(...) eu tinha muito medo de perder o emprego né muito medo então eu fiquei assim as últimas das últimas né? (Maraisa).*

> *Assim, se você se encostar também, não é legal! Como que uma empresa vai te contratar e você encostado, se ela depende de você? (Romana).*

> *Passei no ortopedista, ele disse: "Você não está bem". Ai eu falei: "Não, mas eu acabei de voltar de férias, eu não posso me afastar". Mas ele falou: "Não, você não tem condição de trabalhar" (Zandra).*

5.2.2 PROJETANDO UM CENÁRIO PARA O PRÓPRIO FUTURO

Na segunda categoria, ***Projetando um cenário para o próprio futuro (motivos para)***, apresentaremos os resultados referentes à espera de apoio e compreensão da equipe, as estratégias para reorganização do ambiente de trabalho e a necessidade de acompanhamento desse trabalhador que possui restrição.

5.2.2.1 A espera de apoio e compreensão da equipe

As expectativas dos trabalhadores com restrição diante da chefia e dos colegas de trabalho sem restrição estão relacionadas à compreensão e respeito às suas limitações para realização das atividades laborais:

> *E os colegas também, de compreender, de que às vezes eu fico em certo lugar, não é porque eu quero, só porque eu quero, é porque é melhor pra mim, né, porque se eu não tive ASO, eu ficaria em qualquer lugar, como eu fico né! (Régia).*

Olha... Eu espero que eles entendam (...) (Adalgiza).

Da gerência e dos colegas (...) eu espero assim, a colaboração e a compreensão... (...) que eles compreendem até porque eu não sou a única com restrição no meu setor... (Zandra).

A questão referente à compreensão da chefia e alocação em atividades adequadas também surge como uma expectativa:

A Chefia... O que eu posso esperar dela nesse momento? É aquilo que eu tô falando pra você, eu acho que... Eu gostaria que ela me deixasse num lugar que eu não andasse muito, e que eu sentasse um pouco, e que eu não fosse, sinceramente, pra setores que eu não ande muito, que eu não fique muito tempo em pé, né, gostaria muito que isso acontecesse (Régia).

5.2.2.2 Estratégias para reorganização do ambiente de trabalho

Assim como no grupo dos enfermeiros gestores, os trabalhadores apontam uma perspectiva ruim, de adoecimento em massa, caso a instituição não reorganize o processo de trabalho:

E infelizmente, o que a gente vê, é o futuro de todo o mundo, você vai acabar tendo restrição porque você acaba fazendo a mais do que você deveria, do que você deveria no seu esforço físico (Mirtes).

Tá bem claro pra a gente entendeu? Lá no hospital, que precisa se fazer alguma coisa tá? Pra melhorar. Porque se não, daqui a pouco a gente não vai mais conseguir trabalhar. A gente vai trabalhar todo mundo tirando licença toda hora (Adalgiza).

Ao abordar expectativas, os trabalhadores ressaltam a necessidade de novas contratações, para que se haja o devido respeito que os trabalhadores merecem:

Do hospital em si, seria já o caso de reitoria né, que ele contrate mais funcionários pra o hospital, né, pra que a gente não fique tão sobrecarregado de serviço. E que aí, as nossas incapacidades sejam respeitadas (Régia).

Os discursos apresentam estratégias diversificadas para lidar com a restrição no trabalho, relacionadas à incorporação tecnológica:

> *Eu acho que também o trabalhador também tem que ver os lados que... que ele pode se adaptar sim. Se: "Olha, na minha unidade eu não consigo fazer isso"; "Mas eu posso fazer isso?"; "Eu consigo!" (...) Uma marca mais maleável, melhor de locomover. Isso ajuda muito, entendeu? Em termo de espaço também ajuda. (...) As modernidade né, isso ajuda bastante (Romana).*

Pedir ajudar para os colegas de trabalho no desenvolvimento das atividades também aparece como uma estratégia para lidar com a restrição:

> *O que nós vamos fazer? Vamos fazer a lateral na mesa, vamos pedir uma ajuda pra... pra outras pessoas. É assim que a gente faz. Porque a enfermagem é só adaptações! (...) Pede ajuda, vão lá, hoje não dá porque hoje eu tô mais dolorida, não é? Aí a gente consegue... (Romana).*

> *(...) eu não vou pegar a cadeira nas costas, eu vou empurrando ela até onde eu conseguir levar, e daí se eu não conseguir eu chamo alguém pra ajudar com essa cadeira (Maraisa).*

> *Então isso, eu tenho feito na maioria das vezes, me policiar (...) Olhe para o paciente e veja se vai chamar ajuda... Que é pra que eu não né, não saia prejudicada nessa história (Zandra).*

A capacitação gerencial para gestão adequada do serviço também é apontadas como possibilidade:

> *Deviam olhar bem quem põe pra chefia (Risos) (...) a pessoa tem que ter noção né? Da onde ela ta trabalhando e com as pessoas que ela ta trabalhando (Maraisa).*

> *Dar uma olhada melhor né, pra o lado, falar assim: "Não, vamo pôr em tal lugar... Não dá pra deixar fulano ali sozinho". Mesmo no dia que eu tiver que ficar sozinha, que eu não fique sozinha, que eu fique em outro lugar então, me põe em outro que pode ficar sozinha ali, entendeu? (Régia).*

As atividades educativas se apresentam como as estratégias mais eficazes descritas pelos trabalhadores de enfermagem, como medidas para prevenção e promoção à saúde do trabalhador:

> *Eu já trabalhei em outra instituição que lá era muito bacana. Eu ia 2 vezes por semana... Eu não lembro se ela era TO ou se era fisioterapeuta, agora não me recordo. E era uma UTI, ela obrigava a todos os funcionários pararem para aquele momento de relaxamento, de fazer uma massagem um no outro, nas costas, de se alongar, e você via a diferença da equipe depois disso (Mirtes).*
>
> *(...) tem algumas técnicas que o fisioterapeuta me orientou a fazer fortalecimento da pelves né, então isso me ajudou muito viu e hoje eu já me sinto bem (Zandra).*
>
> *A gente não tem um... Eu não sei se também em outras instituições tem isso, mas a gente não sabe a maneira correta de tá movimentando o paciente, até de ficar agachando. Se tu não agacha da maneira correta, acaba que você acaba tendo dor na lombar. Então eu vim aprender isso na fisioterapia, não aqui (...) aprender, por exemplo, como virar um paciente, como agachar certo (Mirtes).*
>
> *Então são pequenas coisas que talvez se a gente tivesse uma orientação... Mas se a gente tivesse uma orientação de se posicionar ou até mesmo de uma forma de a gente se alongar, tipo... Pegasse um fisioterapeuta: "Ah não, faz certo o movimento". Pra a gente alongar seria o ideal, seria muito bom se tivesse isso (Mirtes).*

A enfermeira Adalgiza chama atenção para necessidade da realização de atividades com os trabalhadores com restrição, mas também os sem restrição, pois esse que ainda não tem pode se proteger:

> *A gente tem... Lá nós dois grupos, tem o grupo que não tem e o grupo que tem. Vamos fazer alguma atividade com o grupo que já tem, pra melhorar, né, e vamos fazer uma atividade com aquele que não tem pra poder justamente preservar esse que não tem, né (...) Porque na realidade não é só o funcionário com restrição, entendeu? É funcionário que não tem ainda, é isso que a gente tem que pensar (Adalgiza).*

5.2.2.3 Necessidade de acompanhamento ao trabalhador que possui restrição

A necessidade de um programa de acompanhamento à saúde do trabalhador é apontada como uma demanda imediata nos motivos para a problemática da restrição no trabalho:

> *Então acho que falta (...) uma equipe dentro da empresa né, da saúde do trabalhador, não que assim "ah, deixa eu ver como está sua pressão... Ah, seus exames de sangue." Mas alguém que vai lá e converse né, e dizer o que tu tá sentindo na parte psicológica né...porque que eu acho que a parte psicológica do profissional de saúde é o que é pior... (Zandra).*

> *Eu sinto essa falta aqui, da saúde do Trabalhador a gente nem ouve falar muito, não se tem programa, não se tem palestra, não tem tanta coisa, ou eu tô muito bitolada aqui na clínica médica, que eu não tô sabendo de nada. (Risos). Pode ser isso também né?! (Mirtes).*

> *Então acho que se tivesse algum programa assim (...) acho que teria uma grande... O pessoal ia participar, teria uma grande aderência, e isso aqui, infelizmente, a gente ainda não tem. Saúde do trabalhador (...) é isso que eu espero (risos) (Régia).*

> *Então acho, (...) que falta muito uma atenção maior à nossa saúde, que acho que povo pensa que a gente não fica doente (risos) (Zandra).*

É sugerido um programa com equipe multidisciplinar, que trabalhasse atividades de promoção e prevenção à saúde, visando uma atenção necessária para o trabalhador de enfermagem:

> *Eu acho assim (...) dá uma maior atenção a saúde do trabalhador... A gente sabe que, não hospitais, mas grandes empresas faz uma ginástica laboral, já faz alguma coisa antes ou durante o trabalho né, eu acho que ajuda muito no relaxamento da pessoa né, as vezes acho que falta muito (...) essa atenção com a saúde do trabalhador (Zandra).*

> *Eu acho que você, que você tinha que ter uma atenção psicológica... Sabe, uma coisa que fizesse você... Eu não digo desabafasse, mas alguém que você conversasse quando você tivesse com algum problema relacionado, tivesse sobre pressão, que você tivesse alguém que você fosse lá (Maraisa).*

> *(...) se tivesse um local com uma equipe multidisciplinar que fosse trocar ideia, discutir conversar, expor o que você tá sentindo, por pra fora, porque as vezes você carrega, você não pode levar pra casa... Mas alguém que ajudasse, uma terapia... Eu acho que isso ajuda muito... (Zandra).*
>
> *Eu acho que deveria ter algum... O SESMT, Saúde do Trabalhador aqui no hospital, deveria ser mais presente. Não sei, talvez tendo um grupo que disponibilizasse... A gente tem lá embaixo o centro de convivência. Não sei... Se colocasse pelo menos um alongamento uma vez por semana no mínimo, alguma coisa assim (Mirtes).*

Com intuito de sistematizar o exposto anteriormente, apresentamos na página seguinte um esquema com as categorias concretas do vivido dos trabalhadores com restrição.

Figura 2. Categorias concretas do vivido dos trabalhadores com restrição.

6. DISCUSSÃO

Ao analisar os discursos dos sujeitos do estudo, é possível ***compreender a ação social dos trabalhadores de enfermagem diante das restrições para o trabalho, desvelando a interface entre os trabalhadores com incapacidade e os supervisores***.

Tratando-se dos motivos porque, vários aspectos são reconhecidos pelos enfermeiros gerentes, a saber, os conflitos, a discriminação, a preocupação com a produtividade e a segurança do paciente e ausência de estrutura institucional. Já para os trabalhadores de enfermagem com restrição, são reconhecidos, a exposição às cargas de trabalho como fator desencadeador da restrição, a vivência de sentimentos ambivalentes na organização do trabalho e a culpa pela restrição ao trabalho.

Para Schütz, “no mundo da vida cotidiana” o homem adulto e plenamente consciente, age, bem como sobre seus semelhantes, os quais ele experiencia como uma realidade, mediante uma atitude natural. “O mundo da vida cotidiana” deve ser considerado como o mundo intersubjetivo que já existia muito antes de nosso nascimento, que já foi experimentado e interpretado por outros, nossos antecessores, como um mundo organizado (Schütz, 2012). Nesse sentido, ao investigar o fenômeno *da* ***ação social dos trabalhadores de enfermagem diante das restrições para o trabalho, desvelando a interface entre os trabalhadores com incapacidade e supervisores***, foi possível compreender a intersubjetividade contida na vivência das restrições para o trabalho, tanto para o trabalhador que adoece e desenvolve uma restrição, como para seus líderes (gerentes/ supervisores).

Para os gerentes e para os trabalhadores restritos, a sobrecarga é experimentada e reconhecida como fator importante na gênese da problemática, assim como a percepção sobre a discriminação e sobre o surgimento de conflitos entre os trabalhadores restritos e sadios, supervisores e subordinados. Para os gerentes de enfermagem, as restrições impõe a necessidade de realizar ajustes na escala diária de trabalho e mediar os conflitos e situações que surgem na equipe de enfermagem.

Os gerentes reconhecem a dificuldade que os trabalhadores restritos têm para solicitar ajuda e também se preocupam com a produtividade e o risco em potencial que os pacientes podem correr em função do adoecimento dos profissionais.

Estudo recente realizado em Hospitais Universitários Brasileiros sobre o monitoramento da saúde do trabalhador de enfermagem revelou que os trabalhadores de enfermagem estiveram expostos a diferentes cargas de trabalho, as quais geraram inúmeros desgastes, impactando na qualidade de vida do trabalhador e na qualidade dos serviços de saúde (Felli, Baptista, 2015).

Os discursos dos trabalhadores com restrição evidenciam que a exposição às cargas de trabalho e a sobrecarga vivenciada no cotidiano, são condicionantes no desencadeamento das restrições. A sobrecarga de peso, a escassez de pessoal, inadequação de material e recursos tecnológicos, além das situações estressantes são apontadas como desencadeadores no processo de adoecimento físico e mental e, consequentemente incapacidade para o trabalho.

Em estudo sobre o perfil da enfermagem brasileira pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), evidenciou que 65,9% dos trabalhadores de enfermagem consideram sua atividade desgastante e 56,1% tiveram necessidade de atendimento médico nos últimos 12 meses (Machado et al., 2016a).

Nesse cenário, os distúrbios musculoesqueléticos têm sido descritos como a principal causa de incapacidade nos trabalhadores de vários países e a sua alta prevalência tem sido explicada por transformações no mundo do trabalho, caracterizadas pelo estabelecimento de metas e produtividade, aumento de competitividade, ausência e impossibilidade de pausas espontâneas, atenção para não errar, além de mobiliários e equipamentos que não propiciam conforto aos trabalhadores (Brasil, 2012).

Estudo de revisão integrativa da literatura sobre o adoecer pelo trabalho na enfermagem aponta que problemas de saúde referentes aos agravos musculoesqueléticos estão relacionados com a postura adotada pelos trabalhadores ao realizarem suas atividades laborais (Ribeiro, Martins, Maziale, Robazzi, 2012).

A questão da intensificação do trabalho decorrente do PIDV (Programa de Incentivo à Demissão Voluntária) foi destacada tanto pelos gerentes como pelos trabalhadores com restrição, denunciando uma grave situação que a instituição enfrenta atualmente, com redução em seu quadro de enfermagem.

Em sua primeira edição, em 2015, foram desligados 1433 servidores da USP a partir do PIDV. Destes 209 eram trabalhadores do Hospital Universitário da USP, sendo 101 trabalhadores de enfermagem (Almeida, 2015; USP, 2015). Embora tenha diminuído a quantidade de funcionários, e por consequência disso leitos do hospital tenham sido fechados, os trabalhadores deste estudo afirmam em seus discursos que não houve diminuição da demanda.

Estudos apontam que os modelos de organização do trabalho e as más condições de trabalho vivenciadas pelos trabalhadores de enfermagem, caracterizadas por inflexibilidade, hierarquia rígida, inadequação de recursos materiais, físicos e humanos em aspectos quantitativos e qualitativos, estão associados não apenas ao acidente de trabalho como uma diversidade de processos de desgastes, os quais comprometem a capacidade laboral destes trabalhadores, temporária ou permanentemente (Vasconcelos et al., 2012; Baptista, 2014).

O desgaste gerado pela sobrecarga vivenciada pelos trabalhadores de enfermagem, além de adoecimento e desenvolvimento de restrições, também pode repercutir em acidente de trabalho, violência e até a morte (Machado et al., 2016a; Silva et al., 2016; Karino, Felli, 2015; Baptista, 2014; Silva, Baptista, 2013).

A exposição à repetição de movimentos e sobrecarga de peso representam fatores para o desenvolvimento de distúrbios musculoesqueléticos. Na enfermagem são muitos os estudos que descrevem a problemática das LER/DORT, evidenciando o sofrimento dos trabalhadores (Silva, Baptista, 2013; Lelis et al., 2012; Leite, Merighi, Silva, 2007; Loisel, et al., 2002).

Além disso, os distúrbios musculoesqueléticos relacionados ao trabalho têm íntima relação com sofrimento psíquico no trabalho. Estudo internacional, realizado com 385 *enfermeiras*, evidenciou que estas trabalhadoras estão expostas a elevados níveis de estresse e 89,9% das participantes do estudo apresentaram

algum tipo de lesão musculoesquelética durante os últimos 12 meses antecedentes à pesquisa; queixas na região inferior das costas foram as mais relatadas pelas enfermeiras (61,8%) (Barzideh, Choobineh, Tabatabaee, 2013).

Na verdade, a vasta literatura sobre os distúrbios osteomusculares e os transtornos mentais nos trabalhadores de enfermagem já é suficiente para evidenciar um perfil grave de morbidade na categoria profissional (Fonseca, Fernandes, 2010; Lelis et al., 2012; Magnago et al., 2010; Schmidt, Dantas, 2012; Silva, Baptista, 2013; Shoji, Souza, Farias, 2015; Tinubu et al., 2010).

Tendo em vista essa problemática e resgatando os pressupostos de Alfred Schütz, evidencia-se que toda interpretação sobre o mundo cotidiano é baseada sobre um estoque de experiências prévias a seu respeito, nossas próprias experiências e aquelas transmitidas a nós por nossos pais e professores que, sob a forma de um “conhecimento à mão”, opera como um esquema de referência (Schütz, 2012).

Dessa maneira, ao aproximar-se do mundo da vida desses trabalhadores é possível perceber que para desenvolver suas atividades laborais, sejam gerenciais ou não gerenciais, os trabalhadores utilizam suas experiências prévias construídas ao longo de suas vidas, objetivando lidar com toda a problemática ocasionada pelas restrições para o trabalho.

Portanto, ao adentrar no mundo vida dos sujeitos do estudo, pode-se perceber que os gerentes buscam alternativas para minimizar a problemática, assim como os próprios trabalhadores reconhecem a necessidade de respeitar as restrições e adequar o trabalho.

Segundo Schütz (2012), dizer que uma situação é biograficamente determinada é afirmar que ela possui uma história; ela é a sedimentação de todas as experiências prévias do indivíduo, organizadas como uma posse que está facilmente disponível em seu estoque de conhecimento. Dessa maneira, os trabalhadores de enfermagem apresentam em seus discursos os motivos pelos quais desenvolveram as restrições e de que maneira vivenciam a problemática, desenvolvendo em seus ambientes de trabalho, estratégias, a partir de suas experiências vividas neste contexto.

É importante destacar que, embora os trabalhadores com restrições saibam de suas limitações, devido às cobranças e a demanda em seus locais de trabalho, o desejo em realizar bem as suas atividades profissionais contribuem para o não cumprimento de suas restrições. É relatado nos discursos o sofrimento existencial pelo fato de estarem com restrições para o trabalho, afetando-os emocionalmente e psicologicamente.

O fato de antes desempenharem alguma atividade e agora executarem com dificuldade ou não executarem mais, aparece como potencializador no processo de desgaste desses trabalhadores, visto que eles se sentem corresponsáveis pelo próprio adoecimento. Além disso, esse mesmo sentimento de culpa aparece também pelo fato de o trabalhador com restrição se culpabilizar pela sobrecarga dos colegas de trabalho, dadas as suas restrições e as suas possíveis ausências.

No contexto de restrições laborais, os trabalhadores de enfermagem vivenciam sentimentos ambivalentes no desenvolvimento de suas atividades, representando prazer e sofrimento no trabalho. Estes sentimentos vão desde o apoio, companheirismo e compreensão, aos sentimentos de discriminação, violência e preconceito vindo por seus pares, seus gerentes e da própria instituição.

Estudo sobre prazer e sofrimento no trabalho em trabalhadores de enfermagem de unidade de terapia intensiva evidencia que no que tange a fatores geradores de vivências de sentimentos de prazer no trabalho, a identificação com as tarefas que realizam e a realização profissional encontra-se em níveis satisfatórios tanto para enfermeiros quando para técnicos de enfermagem. Isso se dá pelo fato de que o desenvolvimento das atividades laborais da enfermagem, o ato do cuidar do outro, comumente possibilita a estes trabalhadores a experiência de sentimentos muito agradáveis, sobretudo o de estar sendo útil, mesmo com alguma restrição (Shimizu, Couto, Merchan-Hamann, 2011).

Evidencia-se, portanto, nessa situação, o presenteísmo e, embora doentes, muitas vezes, os trabalhadores permanecem em suas atividades, o que pode agravar ainda mais a evolução das doenças e prejudicar a organização do trabalho (Sancinetti et al.,2009).

Historicamente, questões relacionadas ao trabalho *em* enfermagem são marcadas por dedicação ao trabalho e abnegação, as quais conferem ainda ao trabalhador uma tendência a permanecerem no trabalho mesmo estando doentes, e recorrendo aos tratamentos e afastamento do trabalho apenas quando a doença é de fato impossibilitadora (Batista, Juliane, Ayres, 2010; Baptista, 2014).

Estudo sobre presenteísmo evidencia que uma equipe de enfermagem que é constituída por um ou mais funcionários que permanecem presentes ao trabalho, com alterações físicas ou mentais, pode comprometer seriamente o cuidado que deve ser prestado aos usuários (Paschoalin, Griep, Lisboa, 2012).

No mesmo cenário do presente estudo, pesquisa realizada sobre avaliação do presenteísmo revelou o esforço dos trabalhadores de enfermagem para finalizar suas tarefas de trabalho, mesmo em decorrência de problemas de saúde física e/ou mental (Silva, 2016).

O presenteísmo limita a produtividade tanto em quantidade, pela diminuição do rendimento físico e mental, quanto na qualidade do trabalho, pela possibilidade de erros e diminuição da atenção no desenvolvimento das atividades laborais (Umann, Guido, Grazziano, 2012).

Questões referentes ao ambiente de trabalho e à saúde dos trabalhadores da saúde têm sido amplamente discutidas no mundo, no sentido de reconhecer elementos desencadeadores de processos de adoecimento, considerando os agravos à saúde e o impacto na qualidade da assistência (Baptista, 2014; Gärtner et al., 2012; Girondi, Gelbeck, 2011; LaMontagne et al., 2008).

Nos discursos das gerentes de enfermagem surge a preocupação com a segurança do paciente, especialmente pelos trabalhadores com restrições psíquicas. As restrições psíquicas e o uso de medicações que podem causar efeitos adversos são apontados como preocupantes, considerando os prejuízos na concentração e no julgamento para realização das atividades laborais. A necessidade de atentar para diminuição da força muscular e acidentes como quedas de pacientes são apontadas nos discursos.

Essa preocupação dos trabalhadores de enfermagem com a segurança do paciente, diante o contexto das restrições para o trabalho, remete a trajetória biográfica destes trabalhadores, revelando um olhar atento ao outro, onde eles utilizam o estoque de conhecimentos para ficarem atentos à possibilidades de falhas.

Schütz descreve que a experiência biográfica de conhecimento é entendida como a sedimentação de experiências e situações vivenciadas que ficam armazenadas, diferenciando o conhecimento da experiência, uma vez que as experiências podem ser semelhantes para os indivíduos, mas, o aprendizado que advém da experiência, é particular (Schütz, 2012).

Estudo sobre a percepção de gerentes de enfermagem sobre a relação entre a saúde dos trabalhadores de enfermagem e a segurança dos pacientes afirma que a ação gerencial das enfermeiras não está isolada ou desvinculada do mundo da vida, mas em completa sintonia com a realidade social que as gerentes vivenciam. Observa-se ainda no estudo que o cotidiano das gerentes de enfermagem é evidenciado pela preocupação com seus recursos humanos e com a segurança dos pacientes, pela tentativa de equilibrar a produtividade da instituição e oferecer um cuidado mais qualificado (Baptista et al., 2015).

A atenção e controle no uso de psicotrópicos são essenciais para a saúde do trabalhador e consequente qualidade de atendimento oferecido, redução de riscos de acidentes, de absenteísmo e de licenças por longos prazos, evitando o déficit de pessoal (Dias et al., 2011).

Estudo realizado em um hospital de ensino com trabalhadores de enfermagem de unidade de terapia intensiva pediátrica apresenta como resultado que 28,5% dos trabalhadores estudados usam medicação psicoativa, 24,4% dos sujeitos tem alguma doença psíquica, sendo a mais citada a depressão com 14,2% e ainda, 63,2% dos trabalhadores referem que se automedicam, utilizando drogas antedepressivas com 12,2%. Dado os efeitos adversos das substâncias psicoativas, os trabalhadores de enfermagem estão susceptíveis aos erros e acidentes de trabalho (Vieira et al., 2013).

Assim, o sofrimento desencadeado pelas restrições para o trabalho está presente nos trabalhadores doentes e nos seus líderes, pois gerenciar um ambiente com tantas demandas de cuidados aos pacientes e tendo do outro lado a mão de obra incapacitada torna o cotidiano repleto de angústia e preocupações.

O significado subjetivo que o grupo possui para seus membros consiste em seu conhecimento de uma situação comum com o decorrente sistema de tipificações e relevâncias. Essa situação possui sua própria história, na qual as biografias dos membros também tornam parte; e o sistema de tipificação e relevâncias que determinam a situação forma uma concepção relativamente natural do mundo que é compartilhada (Schütz, 2012).

Nesse aspecto, ao projetar um cenário futuro, enfermeiros gerentes e trabalhadores com restrição apresentam comportamentos típicos. A preocupação dos gerentes está relacionada com o aumento do contingente de incapacitados. Assim como no grupo dos enfermeiros gestores, os trabalhadores apontam uma perspectiva ruim, de adoecimento em massa, caso a instituição não reorganize o processo de trabalho.

Estudo com enfermeiras gerentes em contexto nacional evidenciou que elas reconhecem e se importam com o adoecimento dos trabalhadores, entretanto, elas precisam engajar-se e comprometer-se com o funcionamento adequado do hospital, tentando equilibrar os danos à saúde dos trabalhadores e a proteção dos pacientes (Baptista, 2014).

O reconhecimento da responsabilidade gerencial e a necessidade de implantar programas de retorno ao trabalho aparecem fortemente nos discursos dos sujeitos do estudo.

A literatura evidencia que as questões relativas a organização do trabalho, caracterizada por hierarquia rígida, supervisão estrita e controle exagerado sobre o processo de trabalho, tem contribuído para o adoecimento por estresse, transtorno mentais comuns, burnout e até risco para o suicídio em trabalhadores de enfermagem (Karino, Felli 2015; Baptista, Tito, Carvalho, 2015; Baptista, 2014; Gärtner et al., 2012; Mininel, Baptista, Felli, 2011; Kichhof et al., 2009).

Portanto, ao se projetarem para o futuro, os enfermeiros gerentes reconhecem seu papel como fundamental na problemática das restrições para o trabalho, mostrando a sua importância enquanto agente transformador. Essa transformação no que diz respeito à problemática da restrição no trabalho também se dá a partir do reconhecimento dos limites dos trabalhadores com restrição e da mediação dos conflitos entre os trabalhadores sadios.

Os enfermeiros gerentes reconhecem em seu papel a potencialidade de poupar e retardar o agravamento das lesões nos trabalhadores, assim como o seu papel na função de sensibilizar os trabalhadores sadios para buscarem tratamento quando apresentam alguma queixa, a fim do diagnóstico e reabilitação precoces.

O mundo da vida cotidiana não é o mundo privado, mas é um mundo intersubjetivo, compartilhado com os semelhantes, experienciado e interpretado por outros; em suma, é um mundo comum a todos (Schütz, 2012). Dessa forma, a cooperação entre os trabalhadores de enfermagem que vivenciam o contexto das restrições se apresenta de forma que dos trabalhadores de enfermagem se sintam responsáveis pelo cuidado de seus pares.

No que se refere às expectativas dos trabalhadores com restrição diante deste contexto, é esperado a compreensão e respeito às suas limitações para realização das atividades laborais, seja por parte dos colegas, dos gestores e da instituição.

O esgotamento profissional e a falta de reconhecimento são considerados os principais fatores causadores de sofrimento no trabalho. Esses fatores representam sérios riscos para os trabalhadores terem a saúde física e mental prejudicada (Shimizu, Couto, Merchan-Hamann, 2011).

O sentimento de apoio, companheirismo e compreensão relatado nesse estudo é entendido no estudo de Shimizu e Ciampone (2002) como formas de organização e divisão do trabalho de enfermagem, e apresentando como fatores que contribuem para a criação e manutenção de diversas estratégias coletivas de defesa. Essas estratégias defensivas são construídas no cotidiano, como resultado de um acordo quase sempre inconsciente, entre os trabalhadores de enfermagem

para o enfrentamento das dificuldades encontradas no trabalho (Shimizu, Ciampone, 2002).

O reconhecimento no trabalho está relacionado ao julgamento sobre a qualidade do trabalho realizado, e não sobre a pessoa, no entanto, pode influenciar em termos de ganhos ou perdas no registro da identidade, uma vez que, se dá pela mediação do outro e pela inscrição do sujeito numa história coletiva, possibilitando o prazer ou sofrimento (Dejours, 2013).

Para Schütz, as experiências diretas do mundo social são descritas como situação de face a face, em que a orientação em direção ao outros, acontece por um conjunto de motivos que são a causa em vista da qual se desenrola a ação (Capalbo, 2008).

Como estratégias para lidar com a restrição, os discursos dos trabalhadores apresentam aspectos como a readaptação para o desenvolvimento das tarefas, o autocuidado, a criação de mecanismos de cooperação entre os pares, a formação gerencial e gestão adequada de serviços e a necessidade de atividades educativas.

Também verificou-se que os enfermeiros gerentes relatam que apesar da instituição saber da existência da problemática das restrições para o trabalho, ações para a saúde do trabalhador são inexistentes ou ineficazes, repercutindo no aumento do contingente de trabalhadores incapacitados.

No presente estudo, os trabalhadores afirmam não serem preparados durante sua formação nem durante a sua trajetória profissional sobre postura corporal para o desenvolvimento das atividades laborais, apontando esse motivo e a falta de preparo físico como motivos porque o trabalhador de enfermagem adoece de agravos musculoesqueléticos.

Estudo internacional afirma que a realização de curso de ergonomia educacional apresenta melhorias nas posturas dos enfermeiros ao realizarem as atividades laborais (Engels et al., 1998).

Outro estudo aponta que um programa de treinamento sobre prevenção de dor lombar entre funcionários hospitalares não é eficaz na redução das dores nas

costas dos trabalhadores de enfermagem quando não associado à melhoria da postura desses trabalhadores (Fanello et al., 2002)

A capacitação gerencial para gestão adequada do serviço também é apontadas como possibilidade. Entretanto, apesar dos enfermeiros reconhecerem seu papel para uma real mudança, os discursos revelam o despreparo para essa mudança.

Em relação à falta de preparo gerencial, estudo realizado em Alagoas com enfermeiros hospitalares evidenciou níveis de estresse mais elevados para o desenvolvimento de atividades gerenciais e que os enfermeiros que possuíam mais pós-graduações apresentaram menores níveis de estresse para atividades gerenciais, indicando assim que o estresse é condicionado pela falta de preparo gerencial (Barros, Silva, Baptista, 2015).

A escassez de Programas de Retorno ao Trabalho que congreguem a equipe multiprofissional, os líderes e os demais trabalhadores dificulta que os gerentes e trabalhadores restritos pensem em ações para o futuro. No Brasil, merece ser destacado o Programa de Reabilitação Profissional do CEREST – Piracicaba, para trabalhadores com Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho. O Programa tem como pressuposto teórico a reabilitação profissional como um conjunto integrado de ações cuja finalidade é resgatar as capacidades física, psicológica e social dos trabalhadores acometidos por agravos de saúde. Fundamenta-se numa atenção multidisciplinar, composta por uma equipe de médicos, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e sociólogos (Takahashi et al., 2010).

No contexto internacional se destaca o programa de Sherbrook, que propõe intervenções integradas, direcionadas ao trabalhador e ao local de trabalho, considerando indispensável o envolvimento de múltiplos agentes na prevenção e recuperação do trabalhador incapacitado, por meio de uma abordagem transdisciplinar ao invés de focar-se, exclusivamente, no tratamento da doença (Loisel, Durand, 2005).

O adoecimento e a incapacidade para o trabalho são assuntos de grande polêmica e complexidade, tendo em vista as lacunas existentes nas políticas de

atenção à saúde do trabalhador no Brasil. As falhas no processo de avaliação das incapacidades, os diagnósticos tardios, a lentidão nos tratamentos além da falta de conhecimento e preparo dos líderes para acolher o trabalhador que retorna com limitação, são fatores que permeiam a vivência sofrida dos trabalhadores (Baptista, 2014).

Importante salienta que, a representação da enfermagem nos espaços políticos é muito pequena, após o último processo eleitoral para cargos estaduais e federais, apenas dez trabalhadores da enfermagem se elegeram, sendo nove deputados estaduais e uma deputada federal (FNE, 2014). Com isso a enfermagem não desenvolve força política, e como consequência não consegue aprovar projetos de lei como a PL 2295/2000 (que dispõe sobre a jornada de trabalho de 30 horas para os enfermeiros), a PL 459/2015 (que fixa o piso salarial do enfermeiro em R$7880,00) ou a PLS 597/2015 (que dispõe sobre as condições de repouso dos profissionais de enfermagem durante o horário de trabalho). Isso também repercute diretamente nas inadequações das condições de trabalho para o trabalhador de enfermagem.

A possibilidade de evitar o adoecimento é colocada a partir da vigilância, promoção à saúde e prevenção de agravos a saúde do trabalhador. Isso se torna evidente quando os gerentes trazem suas expectativas para a resolubilidade desta problemática.

A necessidade de um programa de acompanhamento à saúde do trabalhador é apontada como uma demanda imediata nos motivos para a problemática da restrição no trabalho. É sugerido um programa com equipe multidisciplinar, que trabalhasse atividades de promoção e prevenção à saúde, visando uma atenção necessária para o trabalhador de enfermagem.

A partir do delineamento dos motivos porque e dos motivos para, tendo como referencial a fenomenologia social de Alfred Schütz, evidencia-se a construção do tipo vivido **a partir da ação social dos trabalhadores de enfermagem diante das restrições para o trabalho.**

O tipo vivido dos trabalhadores de enfermagem que emerge dessa análise evidencia um grupo de trabalhadores que, embora ocupem espaços diferentes na

relação de poder institucional, gerentes e trabalhadores de enfermagem têm dificuldades para lidar com a problemática das restrições para o trabalho e buscam incansavelmente manter a produtividade e garantir a segurança do paciente.

O tipo vivido não se trata de uma pessoa específica, mas, de um grupo que apresenta características semelhantes, com comportamentos que podem ser denominados típicos. Nessa direção, o reconhecimento da falta de apoio e estrutura institucional, aliados à fragilidade dos Programas de Retorno ao Trabalho também compõe o tipo vivido do grupo de trabalhadores deste estudo, que reconhecem à problemática, realizam inúmeras estratégias para minimizar o impacto das restrições no cotidiano de trabalho e ainda, reconhecem-se parte fundamental para uma real transformação da realidade.

Na página seguinte apresentamos um esquema que reúne os aspectos que compõe o tipo vivido dos grupos estudados.

Figura 3. Tipo vivido resultante da compreensão da ação social dos trabalhadores de enfermagem diante das restrições para o trabalho.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao buscar compreender a ação social dos trabalhadores de enfermagem diante das restrições para o trabalho foi possível construir o tipo vivido dos sujeitos trazidos aqui neste estudo, desvelando a interface entre os trabalhadores com incapacidade e os supervisores.

Os discursos evidenciaram um cotidiano de dificuldades tanto por parte dos trabalhadores com restrição, como entre os gerentes de enfermagem, seja pelo despreparo para lidar com a problemática como para a adoção de medidas preventivas no processo de trabalho, especialmente relacionadas à ergonomia.

Sentimentos de discriminação, preconceito associados à violência ocupacional aparecem nos discursos, denunciando as más condições de trabalho, no aspecto relacional embora, o grupo esteja engajado na redução dos conflitos e no bem-estar da equipe de enfermagem.

Diante da experiência vivenciada, os sujeitos utilizam todo estoque de conhecimento para manter a qualidade da assistência de enfermagem, preservar a segurança dos pacientes e manter a produtividade institucional.

A ambivalência de sentimentos é evidenciada pelos trabalhadores de enfermagem com restrição, uma vez que eles relatam receber apoio e colaboração por parte da equipe, mas, também recebem críticas e sofrem a violência ocupacional de maneira velada e expressa, tanto pelos seus supervisores, como pelos colegas. Porém, nos discursos dos gerentes de enfermagem, os enfermeiros mostram-se preocupados com suas equipes, desenvolvendo setorialmente ações de cooperação.

Tratando-se das restrições psíquicas, corroborando com outras pesquisas, os gerentes reconhecem situações graves com um risco potencial ao paciente e à qualidade da assistência prestada e revela-se nos discursos um despreparo para lidar com situações tão desafiadoras.

A gerência de enfermagem relata uma falta de formação gerencial desde o período de formação acadêmica até os dias de trabalho atuais e este fator aliado à falta de efetividade nos programas de retorno ao trabalho brasileiros mostra que esse grupo não está preparado para lidar com a problemática das restrições.

Ao desvelar a interface entre os trabalhadores com restrição e supervisores, por meio das categorias concretas do vivido, é notório a denúncia do descaso institucional e tentativa de sucateamento da universidade. Diante dessa realidade, há uma expectativa de piora para a saúde do trabalhador, visto as condições econômicas e políticas enfrentadas na universidade e, consequentemente no hospital universitário. Em contrapartida, a necessidade de acompanhamento laboral do trabalhador de enfermagem aparece nos discursos como uma grande expectativa para melhorias e desenvolvimento da saúde do trabalhador.

Por tratar-se de um estudo com abordagem compreensiva que apropriou-se da fenomenologia social, entendo que esses dados trazem valiosas contribuições para a enfermagem. Primeiramente, no que diz respeito à atenção à saúde do trabalhador de enfermagem, evidenciando a fragilidade das políticas, as más condições de trabalho e a expressividade das restrições para o trabalho. Também pode subsidiar para a construção de estratégias que promovam o fortalecimento da categoria profissional, permitindo que os próprios trabalhadores possam articular-se em busca de melhorias para as condições de trabalho vivenciadas pela profissão.

REFERÊNCIAS

Almeida I. Plano de demissão atinge HU. Jornal do Campus. 2015. Disponível em: <http://www.jornaldocampus.usp.br/index.php/2015/03/plano-de-demissao-atinge-hu/>. Acesso em: 23 de nov. 2016.

Avendaño C, Bustos P, Espinoza P, Garcia F, Pierart T. Burnout y apoyo social en personal del servicio de Psiquiatría de un hospital público. Ciencia y Enfermeria. 2009; 15(2):55-68.

Barzideh M, Choobineh AR, Tabatabaee RH. Job stress dimensions and their relationship to musculoskeletal disorders in Iranian nurses. Work. 2013.

Batista AAV, Vieira MJ, Cardoso NCS, Carvalho GRP. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. Rev Esc Enferm USP. 2005; 39(1):85-91.

Batista JM, Juliani CMCM, Ayres JA. O processo de readaptação funcional e suas implicações no gerenciamento em enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2010;18(1): 87-93.

Batista KM, Bianchi ERF. Estresse do Enfermeiro em Unidade de Emergência. Rev. Latino-America Enf. 2006; 14(4):534-9.

Baptista PCP. Incapacidade no trabalho: a compreensão de gerentes de enfermagem [livre docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

Baptista PCP, Pustiglione M, Almeida MCS, Felli VEA, Garzin ACA, Melleiro MM. Saúde dos trabalhadores de enfermagem e a segurança do paciente: o olhar de gerentes de enfermagem. Rev Esc de Enferm USP. 2015; 49(1): 122-28.

Baptista PCP, Tito RS, Carvalho MB. Exposição às cargas psíquicas e os processos de desgastes em trabalhadores de enfermagem. In: Felli VEA, Baptista PCP, organizadoras. Saúde do trabalhador de enfermagem. São Paulo: Manole; 2015.

Barros VG, Silva SEV, Baptista PCP. Avaliação de estresse em enfermeiros das unidades hospitalares de Arapiraca/AL. In: Silva SEV, organizador. Contribuições à crítica da enfermagem moderna. Maceió: Edufal; 2015. p.117-157.

Brasil. Portaria n. 24, de 29 de dezembro de 1994. Aprova o texto da Norma Regulamentadora n.º 7 - Exames Médicos. Diário Oficial da União, Brasília, 30 dez. 1994. Seção 1.

Brasil. Ministério da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho. Manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Dor relacionada ao trabalho: lesões por esforços repetitivos (LER): distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Dort). Brasília; 2012.

Brasil. Ministério do Trabalho e Previdência Social. Anuário Estatístico da Previdência Social. Brasília, 2013.

Brasil. Ministério do Trabalho e Previdência Social.Comunicação de acidente de trabalho CAT. Brasília, 2016. Disponível em:<http://www.mtps.gov.br/servicos-do-ministerio/servicos-da-previdencia/outros-servicos-ao-cidadao/comunicacao-de-acidente-de-trabalho-cat>.

Capalbo C. Fenomenologia e ciências humanas. Aparecida: Ideias & Letras, 2008.

Castro FF. A sociologia fenomenológica de Alfred Schütz. Cienc soc Unisinos. 2012;48(1): 52-60.

Cavalcanti FMS, Abade EAF, Oliveira VFS, Souza MDM, Barros VG, Silva SEV. A precarização do trabalho de enfermagem. In: Souza DO, Silva SEV, organizadores. Enfermagem em diversas áreas de atuação. Maceió: Edufal; 2012. p. 62-77.

Cezar ES, Marziale MHP. Problemas de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar da Cidade de Londrina, Paraná, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2006; 22(1): 217-221.

Coggon D, Ntani G, Vargas-Prada S, Martinez JM, Serra C, Benavides FG et al. International variation in absence from work attributed to musculoskeletal illness: findings from the CUPID study. Occup Environ Med. 2013; 70(8): 575–584.

Cossi MS, Costa RRO, Medeiros SM, Menezes RMP. A capacidade para o trabalho da equipe de enfermagem inserida no ambiente hospitalar. Rev. De Atenção À Saúde. 2015; 13(43):5-9.

Dias JRF, Araujo CS, Martins ERC, Clos AC, Francisco MTR, Sampaio CEP. Fatores predisponentes ao uso próprio de psicotrópicos por profissionais de enfermagem. Rev enferm UERJ. 2011;19(3):445-51.

Dejours C. A loucura do Trabalho – Estudo de Psicopatologia do Trabalho. 5.ed. São Paulo: Cortez; 2013. 127p.

Engels JA, Van der Gulden JWJ, Senden TF, Kolk JJ, Binkhorst RA. The effects of an ergonomic-educational course. Int Arch Occup Environ Health. 1998;71(5):336-42.

Estorce TP, Kurcgant P. Licença médica e gerenciamento de pessoal de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(5):1199-1205.

Fanello S, Jousset, N, Roquelaure, Y, Chotard-Frampas, V, Delbos V. Evaluation of a training program for the prevention of lower back pain among hospital employees. Nurs Health Sci. 2002;35(4):51-4.

Felli VEA, Baptista PCP. Saúde do trabalhador de enfermagem. São Paulo: Manole; 2015.

Felli VEA, Costa TF, Baptista PCP, Guimarães ALO, Anginoni BM. Exposição dos trabalhadores de enfermagem às cargas de trabalho e suas consequências. Rev Esc Enferm USP. 2015; 49(1):98-105.

Ferreira RC, Griep RH, Fonseca MJM, Rotenberg L. Abordagem multifatorial do absenteísmo por doença em trabalhadores de enfermagem. Rev Saúde Pública. 2012; 46(2):259-68.

FNE. Federação Nacional dos Enfermeiros [Internet]. A representação da enfermagem nos espaços políticos. [atualizado 2014 out 22; citado 2016 nov 25]. Disponível em: <http://www.portalfne.com.br/noticia/a-representacao-da-enfermagem-nos-espacos-politicos>.

Fonseca NR, Fernandes RCP. Fatores associados aos distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadoras de enfermagem. Rev Latino-Am Enferm. 2010; 18(6):1076-1083.

Gärtner FR, NieuwenhuijsenK, van Dijk FJH, Sluiter JK. Interpretability of change in the nurses work functioning questionnaire: minimal important change and smallest detectable change. J clin epidemiology. 2012;65(12):1337-47.

Girondi JBR, Gelbecke FL. Pecepção do enfermeiro sobre os efeitos do trabalho noturno em sua vida. Enferm Foco. 2011;2(3):191-94

HUUSP. Hospital Universitário da Universidade de São Paulo [Internet]. São Paulo; Histórico. [atualizado 2016; citado 2013 mar. 03]. Disponível em: <http://www.hu.usp.br/historico/>.

Jesus MCP, Capalbo C, Merigui MAB, Reis DM, Tocantins FR, Rodrigues BMRD, Ciuffo LL. A fenomenologia social de Alfred Schütz e sua contribuição para a enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47(1):736-741.

Karino ME, Felli VEA. O perfil da mortalidade dos trabalhadores de enfermagem. In: Felli VEA, Baptista PCP, organizadoras. Saúde do trabalhador de enfermagem. São Paulo: Manole; 2015.

Kirchhof ALC, Magnago TSBS, Camponogara S, Griep RH, Tavares JP, Prestes FC et al. Condições de trabalho e características sócio-demográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. Texto e contexto enferm. 2009;18(2):215-23.

LaMontagne AD, Keegel T, Vallance D, Ostry A, Wolf Rory. Job strain – Attributable depression in a sample of working Australians: Assessing the contribution to health inequalities. BMC Public Health. 2008;8:181.

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

Lederer V, Loisel P, Rivard M, Champagne F. Exploring the Diversity of Conceptualizations of Work (Dis)ability: A Scoping Review of Published Definitions. J Occup Reahbi. 2014:24:242-267.

Leite PC, Merighi MA, Silva A. A vivência de uma trabalhadora de enfermagem portadora de lesão “De Quervain”. Rev Latino-am Enfermagem. 2007; 15(2).

Lelis CM, Battaus MRB, Freitas FCT, Rocha FLR, Marziale MHP, Robazzi MLCC. Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em profissionais de enfermagem: revisão integrativa da literatura. Acta Paul Enferm. 2012; 25(3):477-82.

Lessa S. Trabalho e proletariado no capitalismo contemporâneo. São Paulo: Cortez, 2007.

Loisel P, Durand MJ. Applying transdisciplinarity to the complexity of work disability prevention. Centro de Esducação Transdisciplinar CETRANS; 2005 [citado em 28 mar 2016]. Disponível em: http://cetrans.com.br/artigos/Patrick_Loisel.pdf

Loisel P, Lemaire J, Poitras S, Durand MJ, Champagne F, Stock S et al. Cost-benefit and cost-effectiveness analysis of a disability prevention model for pain management: a six year follow up study. Occup Environ Med. 2002; 59:807-15.

Lukács G. Il laboro. Per uma ontologia dell’Essere Sociale. Vol. 1. Roma: Editori Riuniti, 1981. Tradução de Ivo Tonet. Mimeo.

Machado MH, Santos MR, Oliveira E, Wermelinger M, Vieira M, Lemos W, et al. Condições de trabalho da enfermagem. Enferm. Foco. 2016a; 7(ESP): 63-76.

Machado MH, Oliveira E, Lemos W, Lacerda WF, Filho WA, Wermelinger M, et al. Mercado de trabalho da enfermagem: aspectos gerais. Enferm. Foco. 2016b; 7(ESP): 35-62.

Magnago TSBS, Lisboa MTL, Griep RH, Kirchhof ALC, Camponogara S, Nonnenmacher CQ, Vieira LB. Condições de trabalho, características sociodemográficas e distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2010;23(2):187-93.

Martins AC. Sintomas osteomusculares relacionados ao trabalho de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2011.

Marx K. O Capital. Crítica da Economia Política. Livro Primeiro. Tomo 2. São Paulo: Editora Nova Cultural, 1996.

Melo C. Divisão Social do Trabalho e Enfermagem. São Paulo: Editora Cortez; 1986.

Merighi MAB, Praça NS. Abordagens teórico-metodológicas qualitativas. A vivência da mulher no período reprodutivo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.

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

Mininel VA, Felli VEA, Loisel P, Marziale MHP. Adaptação transcultural do Work Disability Diagnosis Interview (WoDDI) para o contexto brasileiro. Rev. Latino-am. enfermagem. 2012;20(1):27-34.

Mueller M, Lohmann S, Strobl R, Boldt C, Grill E. Patients functioning as predictor of nursing workload in acute hospital units providing rehabilitation care: a multi-centre cohort study. BMC Health Serv Res. 2010;10:295.

Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial de Saúde. Brasília, 2006.

Paschoalin HC. Presente no trabalho, mesmo doente: o presenteísmo na enfermagem [tese]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2012.

Paschoalin HC, Griep RH, Lisboa MTL. A produção científica sobre presenteísmo na enfermagem e suas repercussões no cuidado. Rev. APS. 2012;15(3)305-311.

Perez Junior EF, Oliveira EB, Souza NVDO, Lisboa MTL, Silvino ZR. Segurança no desempenho e minimização de riscos em terapia intensiva: tecnologias duras. Rev Enferm UERJ. 2014;22(3):327-33.

Ribeiro RP, Matins JT, Marziale MHP, Robazzi MLCC. O adoecer pelo trabalho na enfermagem: uma revisão integrativa. Rev Esc Enferm USP. 2012;46(2):495-504.

Sancinetti TR, Gaidizinski RR, Fugullim FMT, Felli VEA, Baptista PCP, Ciampone MHT, Kurcgant P. Absenteísmo Doença na Equipe de Enfermagem: Relação com a taxa de ocupação. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(esp):1277-1284.

Schmidt DRC, Dantas, RAS. Quality of work life and work-related musculoskeletal disorders among nursing professionals. Acta Paul Enferm. 2012;25(5):701-7.

Schütz A. O quadro cognitivo do mundo da vida. In: Wagner HTR, organizador. Sobre fenomenologia e relações sociais. Rio de Janeiro: Vozes; 2012.

Schütz A. El problema de La realidad social. Buenos Aires: Amorrortu; 2008.

Schütz A, Luckmann T. Las estructuras del mundo de la vida. Buenos Aires: Amorrortu; 2009.

Shimizu HE, Ciampone MHT. As representações sociais dos trabalhadores de enfermagem não enfermeiros (técnicos e auxiliares de enfermagem) sobre o trabalho em Unidade Intensiva em um hospital-escola. Rev Esc Enferm USP. 2002; 36(2): 148-55.

Shimizu HE, Couto DT, Merchan-Hamann E. Prazer e sofrimento em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011;19(3):565-572.

Shoji S, Souza NVDO, Farias SNP. Impacto do ambiente laboral no processo saúde doença dos trabalhadores de enfermagem de uma unidade ambulatorial especializada. Rev Min Enferm. 2015;19(1):43-48.

Silva FJ. Capacidade para o trabalho e presenteísmo em trabalhadores de enfermagem; propostas de intervenções gerenciais [tese]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo: 2016.

Silva FJ, Felli VEA, Martinez MC, Mininel VA, Ratier APP. Association between work ability and fatigue in Brazilian nursing workers. Work. 2016. 53(1):225-232.

Silva SM. Retorno ao trabalho: a vivência dos trabalhadores de enfermagem com Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

Silva SM, Baptista PCP. Novos olhares sobre o sujeito que adoece no trabalho hospitalar. Cogitare Enferm. 2013 Jan/Mar; 18(1):163-6.

Souza NSS, Santana VS. Fatores associados à duração dos benefícios por incapacidade: um estudo de coorte. Rev. Saúde Pública. 2012; 46(3): 425-434.

Souza MNC. Algumas considerações sobre a sociologia de Alfred Schütz. Em tese. 2012;9(1):1-26.

Takahashi MAB, 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 Brás saúde ocup. 2010;35(121):100-11.

Tinubu BMS, Mbada CE, Oyeyemi AD, Fabunmi AA. Work-related musculosketal disorders among nurses in Ibadan, South-west Nigeria: a crosssectional survey. BMC Musculosketal Disordes. 2010; 11:1-8. [Citado em 2011 out. 25]. Disponível em: http://www.biomedcentral.com/1471-2474/11/12

Trindade LL, Bordignon M, Ferraz L, Amestoy SC.Satisfação profissional e qualidade no cuidado em oncologia: visão dos profissionais da saúde. J. res.: fundam. care. Online. 2015;7(2):2383-2392.

Umann J, Guido LA, Grazziano ES. Presenteísmo em enfermeiros hospitalares. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2012. 20(1):[08 telas].

USP. Sala de Imprensa Universidade de São Paulo. USP divulga resultados do Programa de Incentivo à Demissão Voluntária. 2015. Disponível em: <https://www.usp.br/imprensa/?p=47132>. Acesso em: 23 de nov. 2016.

Vasconcelos SP, Marqueze EC, Silva LG, Lemos LC, Araújo L, Fischer FM, et al. Morbidity among nursing personnel and its association with working conditions and work organization. Work. 2012;41:3732-7.

Vieira GS, Glina DMR, Pustiglione M, Rocha LE, Costa-Black KM. Programa de retorno ao trabalho em um hospital de São Paulo: resultados iniciais, fatores facilitadores e obstáculos de uma perspectiva administrativa. Rev Med Trab. 2010;8(2):105-114.

Vieira MVP, Alcântara DS. Prevalência de dor lombar crônica em trabalhadores de enfermagem: revisão bibliográfica. Rev Amazônia. 2013;1(3):49-55.

Vieira TG, Beck CLC, Dissen CM, Camponogara S, Gobatto M, Coelho APF. Adoecimento e uso de medicamentos psicoativos entre trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. Rev Enferm UFSM. 2013;3(2):205-214.

Wagner HR, organizador. Sobre fenomenologia e relações sociais. Rio de Janeiro: Vozes; 2012.

APÊNDICE

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro Participante;

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa intitulada: “A AÇÃO SOCIAL DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DIANTE DAS RESTRIÇÕES PARA O TRABALHO”, que tem como pesquisador responsável a Prof.ª Dra. Patrícia Campos Pavan Baptista, e que se refere ao desenvolvimento da dissertação de Mestrado do aluno Vinicius Gomes Barros, do Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUSP.

O objetivo deste estudo é: “compreender a ação social dos trabalhadores de enfermagem diante das restrições para o trabalho, desvelando a interface entre os trabalhadores com incapacidade e supervisores”. Os resultados contribuirão para o planejamento de ações de gerenciamento de recursos humanos, no que diz respeito ao desenvolvimento de políticas institucionais de reinserção ao trabalho dos trabalhadores com incapacidades instauradas. Assim, possibilitando avanço nos cuidados a saúde do trabalhador de enfermagem. Além disso, permitirá seu uso como ferramenta para o desenvolvimento da ciência e, mais pontualmente, como referência para novos estudos. Será realizada entrevista, a partir de duas questões norteadoras com o participante do estudo, e em lugar reservado, estas entrevistas serão gravadas em aparelho digital a fim de promover maior fidelidade ao processo de captação das ideias. A entrevista terá duração máxima de 60 minutos. Após as entrevistas, os discursos serão transcritos, respeitando a sequência, linguagem, pausas e repetições realizadas. De acordo com a resolução 466 de 12/12/2012, seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante o seu anonimato, e a divulgação dos resultados será feito de forma a não identificar os voluntários. Declaramos que não haverá gastos por parte do participante, mas caso o participante tenha alguma despesa decorrente da sua participação na pesquisa, será realizado ressarcimento a partir de solicitação ao pesquisador responsável. É garantida a indenização diante de eventuais danos decorrentes de sua participação na pesquisa. Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa o risco se refere à possibilidade de algum constrangimento por parte do

Rubrica do Pesquisador _____ Rubrica do Participante da Pesquisa _____

entrevistado. Qualquer entrevista, independente de sua natureza, está suscetível a esse risco. Esse risco será amenizado a partir da demonstração da confiabilidade da pesquisa e comprometimento com a confiabilidade dos dados a partir dos pesquisadores. Caso seja necessário e o entrevistado queira ir, este será encaminhado para o Grupo de Estudos sobre a Saúde dos Trabalhadores de Enfermagem que se realiza no Hospital Universitário da USP (GESTE/HU) ou ao SESMT da USP. Gostaríamos de deixar claro que sua participação é voluntária e que poderá recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim o preferir, sem penalização alguma.
Desde já, agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

Este termo será rubricado em todas as suas páginas e assinado em duas vias, permanecendo uma em sua posse e outra em posse do pesquisador. Caso haja dúvida(s) e necessidade de qualquer outro esclarecimento sobre esta pesquisa, o participante poderá entrar em contato com os pesquisadores através dos dados a seguir:

- Patrícia Campos Pavan Baptista
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUSP, Departamento de Orientação Profissional – ENO Av . Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, CEP: 05403-000, São Paulo – SP. Telefone: (11) 3061-7551. Email: pavanpati@usp.br;

- Vinicius Gomes Barros
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUSP, Departamento de Orientação Profissional – ENO Av . Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, CEP: 05403-000, São Paulo – SP. Telefone: (82) 99976-9799. Email: viniciusvgb@usp.br.

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da USP– Endereço - Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira Cesar – São Paulo/SP CEP – 05403-000 Telefone- (11) 30618858 e-mail – cepee@usp.br. Ou ainda entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo - HU/USP: Av. Prof. Lineu Pestes, 2565

Rubrica do Pesquisador Rubrica do Participante da Pesquisa

- Cidade Universitária - CEP: 05508-000 - São Paulo - SP - Telefone: (11) 3091-9457 - E-mail: cep@hu.usp.br.

“O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos”.

Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Eu_____

(nome do participante) confirmo que os pesquisadores explicaram-me os objetivos desta pesquisa, bem como, a forma de participação. As alternativas para a minha participação também foram discutidas. Eu li e compreendi este Termo de Consentimento, portanto, eu concordo em dar o meu consentimento para participar como voluntário desta pesquisa.

Local e data: _____, ____de ____ de 2016.

_____

(assinatura do sujeito da pesquisa)

Eu, _____

(entrevistador deste estudo) obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do sujeito da pesquisa ou representante legal para a participação na pesquisa.

_____

(Assinatura do entrevistador deste estudo)

Rubrica do Pesquisador _____ Rubrica do Participante da Pesquisa _____

ANEXOS

ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DA ESCOLA DE ENFERMGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - EEUSP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - EEUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A AÇÃO SOCIAL DOS SUJEITOS DIANTE DAS RESTRIÇOES PARA O TRABALHO NOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM

Pesquisador: Vinicius Gomes Barros

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 54832316.9.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.553.444

Apresentação do Projeto:

A AÇÃO SOCIAL DOS SUJEITOS DIANTE DAS RESTRIÇOES PARA O TRABALHO NOS TRABALHADORES
DE ENFERMAGEM

As restrições para o trabalho nos trabalhadores de enfermagem têm sido alvo de pesquisas nacionais e internacionais, evidenciando a magnitude do adoecimento da categoria bem como suas repercussões no âmbito individual e coletivo em diferentes contextos.

Evidências científicas mostram a fragilidade dos programas de retorno ao trabalho quando o trabalhador é reinserido no ambiente laboral após o adoecimento, traduzida pelo
despreparo dos profissionais que avaliam os trabalhadores e das instituições.

Nesse aspecto, a presente pesquisa propõe compreender a ação social dos sujeitos diante das restrições para o trabalho nos trabalhadores de enfermagem.

Trata-se de um estudo qualitativo a partir da fenomenologia social, descrita por Alfred Schütz, que será enfermagem com restrição física e/ou mental, os trabalhadores de enfermagem sadios e os trabalhadores de enfermagem responsáveis por supervisionar o processo de trabalho.

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da USP (EEUSP) e do Hospital Universitário da USP (HUUSP), serão realizadas entrevistas individuais com os

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8858 **E-mail:** cepee@usp.br

trabalhadores de enfermagem, por meio de três questões norteadoras.
Após a realização das entrevistas, os discursos serão transcritos na íntegra para posterior análise. A análise dos discursos será conduzida pelo referencial da fenomenologia social de Alfred Schütz e outros referenciais da temática em questão.
As questões norteadoras que serão utilizadas para os trabalhadores de enfermagem com restrição/incapacidade são:
• Como é para você conviver com a sua incapacidade para o trabalho?
• O que você espera da gerencia e dos colegas diante da sua incapacidade?
• Como é para você conviver com as incapacidades para o trabalho dos outros trabalhadores?
• Quais são suas expectativas diante desse contexto?
As questões norteadoras para os gerentes de enfermagem serão:
• Como é para você gerenciar trabalhadores que tem incapacidades e trabalhadores que não tem, ao mesmo tempo?
• Quais são suas expectativas diante desse contexto?

Objetivo da Pesquisa:
Compreender a ação social dos sujeitos diante das restrições para o trabalho nos trabalhadores de enfermagem

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Riscos:
Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa o risco se refere à possibilidade de algum constrangimento por parte do entrevistado. Qualquer entrevista, independente de sua natureza, está suscetível a esse risco. Esse risco será amenizado a partir da demonstração da confiabilidade da pesquisa e comprometimento com a confiabilidade dos dados a partir dos pesquisadores. Caso seja necessário e o entrevistado queira ir, este será encaminhado para o Grupo de Estudos sobre a Saúde dos Trabalhadores de Enfermagem que se realiza no Hospital Universitário da USP (GESTE/HU) ou ao SESMT da USP.

Benefícios:
Os resultados contribuirão para o planejamento de ações de gerenciamento de recursos humanos, no que diz respeito ao desenvolvimento de políticas institucionais de reinserção ao trabalho dos trabalhadores com incapacidades instauradas. Assim, possibilitando avanço nos cuidados a saúde do trabalhador de enfermagem. Além disso, permitirá seu uso como ferramenta para o

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 1.553.444

desenvolvimento da ciência e, mais pontualmente, como referência para novos estudos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de grande relevância para a área.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE: de acordo com a 466/12.

Recomendações:

não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nova versão do TCLE, do dia 2 de maio, apresenta o tempo estimado das entrevistas de 60 minutos.

Considerações Finais a critério do CEP:

- Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil;
- Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_691319.pdf	02/05/2016 12:11:26		Aceito
Outros	CARTA_DE_ANUENCIA_DA_AREA_DO_HU_PARTICIPANTE_NO_ESTUDO_Vinicius_Gomes.pdf	02/05/2016 11:46:49	Vinicius Gomes Barros	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_INFRAESTRUTURA_E_INSTALACOES_E_CARTA_DE_ANUENCIA_DA_CAMARA_DE_PESQUISA_DO_HUUSP_Vinicius_Gomes.pdf	02/05/2016 11:45:27	Vinicius Gomes Barros	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Vinicius_Gomes.docx	02/05/2016 11:40:32	Vinicius Gomes Barros	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_Vinicius_Gomes.docx	02/05/2016 11:39:49	Vinicius Gomes Barros	Aceito
Outros	Declaracao_sobre_Beneficios_da_Pes	04/04/2016	Vinicius Gomes	Aceito

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8858 **E-mail:** cepee@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 1.553.444

Outros	quisa_CEPHUUSP_Vinicius_Gomes.pdf	17:57:43	Barros	Aceit
Outros	DECLARACAO_DE_COMPROMISSO_DO_PESQUISADOR_RESPONSAVEL_CEP_HUUSP_VINICIUS_GOMES.pdf	04/04/2016 17:52:43	Vinicius Gomes Barros	Aceit
Outros	Cronograma_CEP_HUUSP_Vinicius_Gomes.pdf	04/04/2016 17:47:13	Vinicius Gomes Barros	Aceit
Outros	Orcamento_Financeiro_CEPHUUSP_Vinicius_Gomes.pdf	04/04/2016 17:40:20	Vinicius Gomes Barros	Aceit
Outros	Questoes_norteadoras_para_entrevista.docx	04/04/2016 17:29:21	Vinicius Gomes Barros	Aceit
Outros	Ata_do_Exame_de_Qualificacao_Mestrado_Vinicius_Gomes.pdf	04/04/2016 17:26:05	Vinicius Gomes Barros	Aceit
Outros	CADASTRO_DE_PROTOCOLO_DE_PESQUISA_HUUSP_Vinicius_Gomes.pdf	04/04/2016 17:23:27	Vinicius Gomes Barros	Aceit
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Vinicius_Gomes_Barros.pdf	04/04/2016 15:40:06	Vinicius Gomes Barros	Aceit

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

SAO PAULO, 18 de Maio de 2016

Assinado por:
Lisabelle Mariano Rossato
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8858 **E-mail:** cepee@usp.br

ANEXO 2 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – HUUSP

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - HU/USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A AÇÃO SOCIAL DOS SUJEITOS DIANTE DAS RESTRIÇOES PARA O TRABALHO NOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM

Pesquisador: Vinicius Gomes Barros

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 54832316.9.3001.0076

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.595.583

Apresentação do Projeto:

Trata-se de dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP, de natureza qualitativa, utilizando o referencial teórico-metodológico da fenomenologia. Serão entrevistados três grupos de sujeitos do HU-USP: trabalhadores de enfermagem com restrição, gerentes de enfermagem e trabalhadores de enfermagem sem restrição, que atuam na mesma unidade dos que têm restrição. As questões norteadoras serão:

- Para os trabalhadores de enfermagem com restrição/incapacidade:

• Como é para você conviver com a sua incapacidade para o trabalho?

• O que você espera da gerência e dos colegas diante da sua incapacidade?

- Para os trabalhadores de enfermagem sem restrição/incapacidade;

• Como é para você conviver com as incapacidades para o trabalho dos outros trabalhadores?

• Quais são suas expectativas diante desse contexto?

- Para os gerentes de enfermagem:

• Como é para você gerenciar trabalhadores que tem incapacidades e trabalhadores que não tem,

Endereço: Av. Profº Lineu Prestes, 2565
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 05.508-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3091-9457 **Fax:** (11)3091-9452 **E-mail:** cep@hu.usp.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - HU/USP

Continuação do Parecer: 1.595.583

ao mesmo tempo?

• Quais são suas expectativas diante desse contexto?

As entrevistas serão gravadas, com duração máxima de 60 minutos.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo do estudo é compreender a ação social dos sujeitos diante das restrições para o trabalho nos trabalhadores de enfermagem.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco se refere à possibilidade de algum constrangimento por parte do entrevistado, e caso seja necessário, este será encaminhado para o Grupo de Estudos sobre a Saúde dos Trabalhadores de Enfermagem que se realiza no Hospital Universitário da USP (GESTE/HU) ou ao SESMT da USP. Os benefícios referem-se à contribuição do estudo para o planejamento de ações de gerenciamento de recursos humanos, no desenvolvimento de políticas institucionais de reinserção ao trabalho dos profissionais com restrição.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, de grande contribuição para o gerenciamento em Enfermagem, foi aprovado pelo CEP da EEUSP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE está adequado, de acordo com a Resolução 466/12.

Recomendações:

Recomenda-se corrigir erros de grafia no TCLE:

- página 1, parágrafo 1, TRABALHARES= trabalhadores
- página 1, parágrafo 2, 12/12/212= 12/12/2012

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As acima descritas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Uma eventual crítica que poderá ocorrer é que subordinados e chefias e confrontados poderão ter uma qualidade de reposta com algum viés. Mas apesar disso o projeto foi apresentado e aprovado na reunião de hoje.Lembramos que cabe ao pesquisador elaborar e apresentar a este Comitê, relatórios parciais e final, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, inciso XI.2, letra "d".

Endereço: Av. Profº Lineu Prestes, 2565
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 05.508-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3091-9457 **Fax:** (11)3091-9452 **E-mail:** cep@hu.usp.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - HU/USP

Continuação do Parecer: 1.595.583

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_691319.pdf	02/05/2016 12:11:26		Aceito
Outros	CARTA_DE_ANUENCIA_DA_AREA_DO_HU_PARTICIPANTE_NO_ESTUDO_Vinicius_Gomes.pdf	02/05/2016 11:46:49	Vinicius Gomes Barros	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_INFRAESTRUTURA_E_INSTALACOES_E_CARTA_DE_ANUENCIA_DA_CAMARA_DE_PESQUISA_DO_HUUSP_Vinicius_Gomes.pdf	02/05/2016 11:45:27	Vinicius Gomes Barros	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Vinicius_Gomes.docx	02/05/2016 11:40:32	Vinicius Gomes Barros	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_Vinicius_Gomes.docx	02/05/2016 11:39:49	Vinicius Gomes Barros	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_691319.pdf	04/04/2016 18:21:25		Aceito
Outros	Declaracao_Infraestrutura_HUUSP_Vinicius_Gomes.pdf	04/04/2016 18:02:27	Vinicius Gomes Barros	Aceito
Outros	Declaracao_sobre_Beneficios_da_Pesquisa_CEPHUUSP_Vinicius_Gomes.pdf	04/04/2016 17:57:43	Vinicius Gomes Barros	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_COMPROMISSO_DO_PESQUISADOR_RESPONSAVEL_CEP_HUUSP_VINICIUS_GOMES.pdf	04/04/2016 17:52:43	Vinicius Gomes Barros	Aceito
Outros	Cronograma_CEP_HUUSP_Vinicius_Gomes.pdf	04/04/2016 17:47:13	Vinicius Gomes Barros	Aceito
Outros	Orcamento_Financeiro_CEPHUUSP_Vinicius_Gomes.pdf	04/04/2016 17:40:20	Vinicius Gomes Barros	Aceito
Outros	Questoes_norteadoras_para_entrevista.docx	04/04/2016 17:29:21	Vinicius Gomes Barros	Aceito
Outros	Ata_do_Exame_de_Qualificacao_Mestrado_Vinicius_Gomes.pdf	04/04/2016 17:26:05	Vinicius Gomes Barros	Aceito
Outros	CADASTRO_DE_PROTOCOLO_DE_PESQUISA_HUUSP_Vinicius_Gomes.pdf	04/04/2016 17:23:27	Vinicius Gomes Barros	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_Vinicius_Gomes.docx	04/04/2016 17:21:56	Vinicius Gomes Barros	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Vinicius_Gomes.docx	04/04/2016 17:21:09	Vinicius Gomes Barros	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_691319.pdf	04/04/2016 15:46:11		Aceito

Endereço: Av. Profº Lineu Prestes, 2565
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 05.508-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3091-9457 **Fax:** (11)3091-9452 **E-mail:** cep@hu.usp.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - HU/USP

Continuação do Parecer: 1.595.583

Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Vinicius_Gomes_Barros.pdf	04/04/2016 15:40:06	Vinicius Gomes Barros	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

SAO PAULO, 17 de Junho de 2016

Assinado por:
Mauricio Seckler
(Coordenador)

Endereço: Av. Profº Lineu Prestes, 2565
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 05.508-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3091-9457 **Fax:** (11)3091-9452 **E-mail:** cep@hu.usp.br