UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

SILMAR MARIA DA SILVA

RETORNO AO TRABALHO: A VIVÊNCIA DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM COM DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO (DORT)

São Paulo
2012

SILMAR MARIA DA SILVA

RETORNO AO TRABALHO: A VIVÊNCIA DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM COM DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO (DORT)

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:
Profª Drª Patrícia Campos Pavan Baptista

São Paulo
2012

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

Silva, Silmar Maria da
Retorno ao trabalho: a vivência dos trabalhadores de enfermagem com distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) / Silmar Maria da Silva – São Paulo, 2012.
106 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Orientadora: Profª Drª Patrícia Campos Pavan Baptista
Área de concentração: Fundamentos e práticas de gerenciamento em enfermagem e em saúde.

1. Enfermagem 2. Saúde ocupacional 3. Transtornos traumáticos cumulativos 4. Pesquisa qualitativa I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Silmar Maria da Silva

Título: Retorno ao trabalho: a vivência dos trabalhadores de enfermagem com distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT).

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: _____

Ao meu Querido Mário pelo cuidado, amor e paciência... muita paciência

e

Aos meus Amados pais, Magna e Darci, por me amarem incondicionalmente e Sempre acreditarem em mim.

AGRADECIMENTOS

Querida Profª Patrícia Pavan sou grata por ter possibilitado o meu ingresso no Mestrado e pelo incentivo em cada encontro, em cada conversa, em cada palavra, que muito me auxiliou a superar as inseguranças. Sou grata pela convivência enriquecedora, pela troca de experiências, pela disposição e por ter acreditado em mim desde o primeiro instante.

Querida Profª Vanda Felli sou grata por sempre ter me estimulado a ir além do que eu acreditava que poderia chegar.

Querida Profª Miriam Merighi agradeço pelas valiosas contribuições que possibilitaram o meu caminhar no encantador mundo da fenomenologia.

A minha grande Amiga Rosimeire Angela de Queiroz Soares pela preocupação, pela cumplicidade, pelas conversas intermináveis nos momentos bons e nos tantos outros.

A minha chefe Aparecida Mendes Ferreira pelo incentivo ao aprimoramento pessoal, pelo apoio na organização da minha escala de acordo com as minhas necessidades e por confiar um lugarzinho tão aconchegante, onde tecíamos enriquecedoras conversas no começa das noites.

Aos pesquisadores do Grupo de Pesquisa "Estudos sobre Saúde do Trabalhador de Enfermagem" por estarem engajados na busca de melhores condições laborais aos trabalhadores de enfermagem, pelo aprendizado e pela amizade compartilhada.

Aos funcionários da Escola de Enfermagem que suavizam a nossa caminhada.

A Coordenação de Enfermagem do Instituto do Coração, em especial às enfermeiras Rita Gengo e Silva e Juliana Lima, por todo apoio dado.

As trabalhadoras de enfermagem que ao partilharem suas vivências, seus sofrimentos, seus sonhos, suas angústias, possibilitaram a elaboração desta pesquisa.

Quando uma criatura humana desperta para um grande sonho e sobre ele lança toda a força de sua alma, todo o universo conspira a seu favor!

Johann Wolfgang von Goethe

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.

RESUMO

O trabalhador de enfermagem que retorna ao trabalho após afastamento por Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) experiencia várias modificações em si e em seu entorno, devido a presença de restrições de atividades ou pela reintegração em setores e em funções diferentes das exercidas anteriormente. Esta situação pode representar um recomeço ou acarretar em novos adoecimentos, piora ou recidiva do quadro patológico, que podem comprometer não apenas as relações no trabalho, como a autoestima e a perspectiva de um trabalho saudável. O presente estudo objetivou compreender a vivência do trabalhador de enfermagem que retorna ao trabalho após afastamento por DORT, por meio da pesquisa qualitativa fenomenológica. Foram realizadas entrevistas com seis trabalhadoras de enfermagem, sendo quatro auxiliares de enfermagem, uma técnica de enfermagem e uma enfermeira. Para desvelar o fenômeno ***retornar ao trabalho após afastamento por DORT***, foi realizado a seguinte questão norteadora**:** Como está sendo para você retornar ao trabalho após o período de afastamento? A análise dos discursos pautou-se no referencial filosófico de Martin Heidegger, onde emergiram as seguintes Unificações Ontológicas: Ser-aí retornando ao trabalho após afastamento por DORT; Experienciando a Solicitude e o Descuidado no retorno ao trabalho após afastamento por DORT; A Angústia do retorno ao trabalho após afastamento por DORT e O poder-ser próprio da trabalhadora de enfermagem que retorna ao trabalho após afastamento por DORT. Os resultados desvelaram o mundo-vida das trabalhadoras de enfermagem, marcado por dor crônica, limitações e ausência de política institucional para esse processo. O fenômeno desvelado aponta para a necessidade de novos olhares sobre a problemática do retorno ao trabalho e um repensar estratégias locais e políticas institucionais que permitam um retorno salutar ao trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Saúde ocupacional. Transtornos traumáticos cumulativos. Pesquisa qualitativa.

Silva SM. Return to work: the experience of the nursing workers with Work-Related Musculoskeletal Disorders (WRMD) [dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

ABSTRACT

The nursing worker who returns to work after absence for Work-Related Musculoskeletal Disorders (WRMD) experience various changes in itself and its surroundings due to the presence of restrictions of activities or sectors by reintegration and the different functions performed previously. This may represent a new beginning or causing sickness, deterioration or recurrence of the pathological picture, which can compromise not only the relationships at work as self-esteem and the prospect of a healthy workplace. This study aimed to understand the experience of the nursing worker who returns to work after absence for WRMD, through the phenomenological qualitative research. Interviews were conducted with six nursing workers, four nursing auxiliaries, one nursing technician and one nurse. To reveal the phenomenon to return to work after absence for WMSD, was held the following question: How are you to return to work after the absence period? The discourse analysis was based on Martin Heidegger's philosophical referential, which emerged following the ontological unifications: Being-there returning to work after illness by WMSD; Experiencing the Helpfulness and Careless in returning to work after illness for WMSD, The Anguish of the return to work after illness for WMSD and power-be of the working nurse who returns to work after illness by WRMD. The results unveiled the life-world of nurses, marked by chronic pain, limitations and the absence of institutional policies for this process. The phenomenon unveiled points to new perspectives on the problem of return to work and to rethink strategies and local institutional policies that enable a healthy return to work.

KEY WORDS: Nursing. Occupational health. Cumulative trauma disorders. Qualitative research.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 11

1.1 Pesquisadora e o objeto de estudo 11

1.2 Inquietações e o objeto do estudo 14

2. REVISITANDO CONCEITOS 16

2.1 O processo de trabalho e o adoecimento dos trabalhadores de enfermagem por DORT 16

2.2 Contextualizando o afastamento do trabalho por doença e as incapacidades nos trabalhadores de enfermagem 24

2.3 Os Programas de Retorno ao Trabalho e as lacunas existentes 28

3. A OPÇÃO PELO MÉTODO QUALITATIVO FENOMENOLÓGICO 36

3.1 Referencial filosófico de Martin Heidegger e a vivência do trabalhador de enfermagem que retorna ao trabalho após afastamento por DORT 38

4. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA 41

4.1 Tipo de pesquisa 41

4.2 Sujeitos da pesquisa 41

4.3 Região de Inquérito 42

4.4 Procedimento para coleta de dados 43

4.5 O caminho para a análise dos discursos 44

5. RESULTADOS 45

5.1 Contextualizando as trabalhadoras de enfermagem 45

5.2 Unificações Ontológicas 46

5.2.1 Ser-aí retornando ao trabalho após afastamento por DORT 46

5.2.2 Experienciando a Solicitude e o Descuidado no retorno ao trabalho após afastamento por DORT 56

5.2.3 A Angústia do retorno ao trabalho após afastamento por DORT 69

5.2.4 O poder-ser próprio da trabalhadora de enfermagem que retorna ao trabalho após afastamento por DORT 77

6. DESVELANDO A VIVÊNCIA DO TRABALHADOR DE ENFERMAGEM QUE RETORNA AO TRABALHO APÓS AFASTAMENTO POR DORT 85

7. REFERÊNCIAS 89

8. APÊNDICES 101

Apêndice A: Roteiro de entrevista com profissionais de enfermagem que retornam ao trabalho após afastamento por doença 101

Apêndice B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 102

9. ANEXOS 105

Anexo A: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo 105

Anexo B: Parecer da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo 106

1. Introdução

1.1 A pesquisadora e o objeto de estudo

O meu interesse pela saúde do trabalhador foi despertado durante os estágios do aprimoramento na área de cardiologia, quando inserida à equipe de enfermagem, passei a observar aspectos relevantes no processo de trabalho, dentre eles, as condições inadequadas dos recursos físicos, dos recursos materiais e o déficit de recursos humanos, ocasionando inúmeros agravos neste grupo profissional.

O trabalhador de enfermagem visto apenas como uma peça no processo produtivo, não reconhecido pela sua singularidade, desempenhando suas atividades sempre “no limite”, afetado por diversas queixas de saúde, tornou-se para mim uma realidade incômoda e constante.

Ao ingressar em uma unidade especializada em cardiologia como enfermeira assistencial, tive a oportunidade de me aproximar dos trabalhadores de enfermagem não somente na execução de procedimentos aos pacientes, mas no compartilhar o sofrimento frente ao seu próprio adoecimento e as dificuldades no gerenciamento desta realidade sob o ponto de vista do trabalhador e também da instituição.

O adoecimento nos trabalhadores de enfermagem tem sido relatado com maior frequência nas últimas décadas, com destaque para os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho e os transtornos mentais, associados ao processo de trabalho imposto, e ao ritmo alienado e intenso, em que o trabalhador não tem controle sobre o próprio trabalho, no qual não são respeitados os limites e as diferenças tanto psíquicas como físicas (Mininel, Baptista, Felli, 2011; Silva, 2011; Felli, 2010; Sancinetti et al., 2009; Leite, Merighi, Silva, 2007; Pinho, Santos, Kantorski, 2007).

Este perfil de morbidade dos trabalhadores da área da hospitalar, que decorre da vivência em ambiente propício para o desenvolvimento de

incapacidades - um cenário gerador de sentimentos mistos de sofrimento e prazer e que expõe o trabalhador às diversas cargas de trabalho, desencadeia afastamentos recorrentes, de longos períodos ou incapacidade permanente (Mininel, 2010).

Nesse sentido, a presença de incapacidades laborais pode ser um agravante que contribui para dificultar a reinserção no posto de trabalho, ao impedir o desempenho das atividades anteriormente desenvolvidas, o que pode ocasionar sentimentos de conflitos e angústia, com repercussão na saúde e na identidade profissional (Souza, Faiman, 2007).

Diante deste cenário, a preocupação com a saúde do trabalhador de enfermagem conduziu-me à problemática do retorno ao trabalho, uma vez que percebi um aumento do número de trabalhadores retornando ao trabalho após períodos de afastamento, e a ineficiência de uma política institucional e nacional para o retorno ao trabalho, o que muitas vezes resulta em cronificação da queixa, agravamento da doença e novos afastamentos.

Observo que muitas vezes, o trabalhador não encontra acolhimento e compreensão durante a doença e muito menos, um programa de retorno ao trabalho que o considere em sua integralidade. Assim, quando retorna ao trabalho não se depara com um local adequado para recebê-lo, experienciando constrangimentos e incompreensão da chefia e dos seus próprios colegas.

Estudos apontam que os trabalhadores consideram importante o acompanhamento e suporte durante o retorno ao trabalho e expressam o temor de uma nova lesão. Somado a isso, referem que o relacionamento com os colegas e as elevadas cobranças dificultam a readaptação, no entanto, as relações interpessoais saudáveis e a acolhida facilitam o reingresso. Ressaltam ainda que, deve fazer parte do processo de retorno ao trabalho, a adaptação do trabalhador ao trabalho, uma vez que o rompimento atribuído pelo adoecimento

do trabalhador fragiliza as suas conquistas e relações sociais (Cabral et al., 2010; Ramos, Tittoni, Nardi, 2008; Sampaio et al., 2005).

Compreendo também, que a necessidade de manterem uma atividade remunerada, de estarem na ativa, pode conduzir os trabalhadores à submissão e a condições desfavoráveis no processo de retorno ao trabalho, o que pode comprometer não apenas suas relações no ambiente, como sua autoestima e a perspectiva de um trabalho saudável.

Sendo assim, percebo que é indispensável um voltar-se para o trabalhador de enfermagem que vivencia o processo de retorno às suas atividades, ouvir a voz destes sujeitos que estão experienciando várias modificações em si e em seu entorno, devido à presença de restrições de atividades e a reintegração em setores e em funções diferentes das exercidas anteriormente.

Acredito que estes trabalhadores devam ser acolhidos da melhor maneira possível, resgatando suas potencialidades para o trabalho, considerando que, na ausência de condições ideais, o retorno ao trabalho pode acarretar novos adoecimentos, piora ou recidiva do quadro patológico, ao invés de representar um recomeço e melhoria das condições de saúde do trabalhador.

Quando o trabalhador afastado retorna ao trabalho, tem a oportunidade de reconstruir sua identidade profissional e recuperar sua confiança e autoestima, o que dependerá, entre outros fatores, da sua reabilitação profissional em atividade compatível com a sua capacidade laboral (Sampaio et al., 2005).

Ponderando sobre os dados descritos e tendo em vista minha realidade enquanto enfermeira, motivou-me a realizar o presente estudo que visa compreender o retorno ao trabalho, a partir da vivência de trabalhadores de enfermagem, acreditando que, o conhecer esta experiência por meio do sujeito, possibilite repensar as políticas de retorno ao trabalho, promovendo um saudável

processo deste retorno a quem se afastou e a quem acolherá o trabalhador afastado.

A seguir apresento as inquietações que permeiam a minha vivência profissional e que me conduziram à realização deste estudo.

1.2 Inquietações e o objeto do estudo

Durante meu caminhar profissional passei a refletir sobre o complexo processo de retorno ao trabalho após o adoecimento nos trabalhadores de enfermagem. Como pesquisadora esta reflexão me traz algumas inquietações:

- Como está sendo para o trabalhador retornar ao trabalho após afastamento motivado pelo adoecimento no trabalho?
- Como está sendo a vivência do trabalhador com os colegas de trabalho?
- O que o trabalhador espera da instituição quando retorna ao trabalho?
- Qual o impacto do retorno ao trabalho na sua vida?

Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo ***compreender a vivência do trabalhador de enfermagem que retorna ao trabalho após afastamento por Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho (DORT)***.

Este estudo se justifica à medida que pretende desvelar o fenômeno ***retornar ao trabalho após afastamento por DORT***, conhecer a experiência vivida a partir dos sujeitos, possibilitando novos olhares para a problemática do

retorno ao trabalho e um repensar estratégias locais e políticas institucionais que permitam um retorno salutar ao trabalho.

Enseja-se, no entanto, apresentar a perspectiva fenomenológica sobre essa questão, a partir do relato dos informantes dessa pesquisa e, com isso, deflagrar um debate de maior alcance sobre a enfermidade, com vistas aos projetos de cura adotados por esses trabalhadores no curso diacrônico da doença, recuperando assim a importância dos conteúdos experienciais sobre a causa da mesma, negligenciada pelos modelos explicativos correntes (Neves, Nunes, 2010).

Diante do exposto, considerei importante investigar a literatura sobre o retorno ao trabalho, apresentando no capítulo seguinte uma breve descrição sobre a temática.

2. Revisitando Conceitos

2.1 O processo de trabalho e o adoecimento dos trabalhadores de enfermagem por DORT

O trabalho está intimamente relacionado à vida do ser humano, pois pode determinar a forma que o homem se relaciona com o mundo, uma vez que é por meio do trabalho que se insere na sociedade, podendo ser entendido como a identidade social do ser humano. Além disso, o trabalho carrega em si um duplo papel, pois ao mesmo tempo em que pode proporcionar o desenvolvimento pessoal, a possibilidade de adquirir bens materiais, valorização pessoal e profissional, quando realizado sob condições inadequadas pode gerar prejuízo à saúde, desencadear doenças, reduzir a expectativa de vida e até mesmo levar à morte (Sanches et al., 2010; Poersch, Ramos, Silva, 2010; Marx, 1988).

Na verdade, as mudanças geradas pela globalização e pela abertura econômica influenciaram tanto as pessoas e a sociedade quanto as organizações que precisaram transformar suas estruturas, suas atividades e seus processos para continuarem competitivas e se adaptarem à nova dinâmica do mercado mundial (Vasconcelos, Faria, 2008).

Nesse sentido, embora o trabalho seja favorável ao possibilitar a integração social, o gregarismo humano e a formação de uma identidade pessoal e social, vêm sendo modificado globalmente pelas constantes exigências do mundo atual, chamando a atenção questões referentes à redução da força de trabalho, ao ritmo de trabalho intensificado e a precarização do trabalho (Felli, Tronchin, 2010; Medeiros et al., 2006).

A redução da força de trabalho, o ritmo de trabalho intensificado e a precarização das condições de trabalho têm gerado conflitos entre as metas organizacionais e as necessidades dos trabalhadores, o que dá ao trabalho atributos de um grande agente estressor e desencadeante de acidentes, adoecimentos e mortes (Campos, David, 2011).

As transformações advindas dessa nova dinâmica têm determinado novos processos de adoecimento no trabalho, configurando alterações no perfil epidemiológico das doenças. Observa-se o agravamento de algumas doenças, como o aumento da prevalência de doenças relacionadas ao trabalho, como os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) e o surgimento de novas formas de adoecimento, como o estresse e a fadiga física e mental, tornando-se relevante a compreensão da organização do trabalho para refletir e construir intervenções à saúde dos trabalhadores (Toldrá et al., 2010; Giomo et al., 2009).

Nesse contexto, encontra-se o trabalho da enfermagem hospitalar que está permeado de fatores que podem interferir na saúde dos trabalhadores ou potencializar o processo de adoecimento, como: a habilidade ou não para agirem diante das situações adversas do cotidiano laboral; os instrumentos de trabalho suficientes e em boas condições ou insuficientes e em más condições; a rotatividade de pessoal, as questões relacionadas à gerência dos serviços e de pessoal, dentre outros. Além disso, o trabalhador de enfermagem lida com grandes paradoxos, como: a vida e a morte, a dor e o prazer, deparando-se constantemente com sentimentos conflitantes, uma vez que o foco do trabalho, centrado no processo saúde-doença dos indivíduos exige, sobretudo, uma relação humana (Martins, Zeitoune, 2007; Merhy,1997).

Dessa maneira, o trabalhador de enfermagem vivencia problemas de saúde resultantes do processo de trabalho, em que existem elementos, denominados cargas de trabalho, que de forma dinâmica interagem com o corpo do trabalhador produzindo processos de desgaste. As cargas de trabalho são “geradoras de processos destrutivos que conduzem a processos desgastantes”, que potencializam o processo saúde-doença, ou seja, quando o trabalhador se expõe às cargas de trabalho há o desenvolvimento de processos de desgastes, de perda da capacidade corporal e psíquica. Estes desgastes são formas de processos de adaptação destrutivos (Laurell, Noriega, 1989).

Por outro lado, o trabalho pode ser potencializador de saúde, constituindo-se um elemento protetor à saúde do trabalhador quando é criativo, produtivo e prazeroso (Navarro, Padilha, 2007). Dessa maneira, o trabalho desenvolvido em condições adequadas, reduzindo-se ou eliminando-se os desgastes, é fonte de prazer e de saúde e havendo equilíbrio entre fatores desgastantes e fatores potencializadores de saúde não haverá espaço para o adoecimento, contudo, quando esta balança se desequilibra, o trabalhador torna-se vulnerável.

Fundamentada em Laurell e Noriega, Felli (2010) definiu que as cargas biológicas, físicas, químicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas são cargas de trabalho às quais os trabalhadores de enfermagem possivelmente estão expostos em seu cotidiano:

- **Cargas biológicas:** contato com pacientes portadores de doenças infecciosas, infectocontagiosas ou parasitárias e/ou com suas secreções; contato com materiais contaminados e com pequenos animais (barata, mosca, mosquito, formiga). Um conjunto de patologias é decorrente dessa exposição, como processos infecciosos localizados e sistêmicos: toxoplasmose, hepatites, síndrome de imunodeficiência adquirida, infecções respiratórias, infecções urinárias, dentre outras.
- **Cargas físicas:** gerada por ruídos de ar condicionado, sons de instrumentos de trabalho e outros serviços no ambiente e reformas das estruturas físicas; umidade; iluminação; alterações bruscas de temperatura; eletricidade; risco de incêndio e radiação ionizante. A exposição a esta carga ocorre tanto pela falta de manutenção dos equipamentos quanto pela inadequação da sua previsão e uso.
- **Cargas químicas:** originada pela exposição às substâncias químicas em diferentes estados – sólido, líquido, gasoso – e finalidades – medicamentosa, antisséptica, desinfetante, esterilizante e outras. Na assistência a saúde, o trabalhador de enfermagem

pode estar exposto ao óxido de etileno, glutaraldeído, formaldeído, hipoclorito de sódio, sabões, éter, benzina, álcool, água oxigenada e iodo; gases anestésicos; antibióticos, quimioterápicos, pó de gesso, talco, fumaça de cigarro e materiais de borracha, que podem ser irritantes, tóxicos, alergênicos, carcinogênicos, teratogênicos e mutagênicos.

- **Cargas mecânicas:** decorrente da manipulação de materiais perfurocortantes, quedas, agressões, preensão de dedos e mãos. Por serem visíveis são prontamente reconhecidas como acidentes de trabalho, como, as contusões, fraturas, perfurações, cortes e hematomas.

- **Cargas fisiológicas:** proveniente da manipulação de peso excessivo trabalho em posição ortostática, posicionamento inadequado e incômodo, trabalho noturno e rodízios de turno, que interfere no funcionamento do organismo. A exposição a esta carga gera problemas osteoarticulares (LER/DORT), as dores nos membros inferiores e as alterações dos ritmos biológicos.

- **Cargas psíquicas:** proveniente da atenção constante do trabalhador, da supervisão restritiva, do ritmo acelerado, do trabalho parcelado, monótono e repetitivo; da dificuldade na comunicação; do trabalho predominantemente feminino; da desarticulação de defesas coletivas; da agressão psíquica: fadiga, tensão, estresse; da insatisfação e das situações que levam ao consumo de álcool e drogas. A exposição a esta carga é a mais referida pelos trabalhadores de enfermagem, que vivenciam situações geradoras de estresse, sofrimento, fadiga, tensão e a um trabalho rotinizado, parcelado, com uma supervisão controladora e ausência de autonomia. Um trabalho desgastante pela insuficiência ou má distribuição de trabalhadores, impondo um ritmo acelerado, sem permissão de pausas para descanso e recuperação da fadiga durante a jornada.

Concernente com o referencial, um estudo realizado com trabalhadores de enfermagem identificou a predominância de problemas osteomusculares seguido de transtornos mentais e comportamentais decorrentes da exposição de cargas fisiológicas e psíquicas no ambiente de trabalho. As autoras reforçam que se por um lado o trabalho traz consigo todas as características positivas referentes à criação e sociabilização, traz também, de acordo com a sua organização física e humana, inúmeros agravos à saúde dos trabalhadores (Leite, Merighi, Silva, 2007).

Assim sendo, as cargas fisiológicas e psíquicas têm grande representatividade no desenvolvimento dos DORT, devido às condições inadequadas de trabalho e por situações de trabalho das quais emergem formas diversas de sofrimento mental relacionado ao trabalho (Salerno, Silvestre, Sabino, 2011).

Conhecidas como a doença da modernidade, os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) representam um dos principais problemas de saúde nas últimas décadas, desafiando pesquisadores e profissionais de diversas áreas da ciência, tendo em vista a sua expressividade nos países industrializados repercutindo em inúmeros afastamentos do trabalho, cuja quase totalidade evolui para incapacidade parcial e, em muitos casos, para a incapacidade permanente, com aposentadoria por invalidez (Rosa et al., 2008; Huisstede et al., 2006).

A associação dos DORT com o trabalho nos profissionais de enfermagem tem sido descrita na literatura há décadas uma vez que ao trabalhador de enfermagem, na prestação do cuidado ao cliente, muitas vezes, são exigidos empenhos que vão além de suas capacidades, tanto físicas e emocionais como mentais; esses esforços excessivos podem desenvolver DORT, demonstrando, assim, a vulnerabilidade dos profissionais (Martins, 2011; Barboza et al., 2008).

Os DORT têm origem multifatorial complexa, envolvendo aspectos biomecânicos, cognitivos, sensoriais, afetivos e de organização do trabalho, de aparecimento e evolução de caráter insidioso. Trata-se de uma síndrome clínica caracterizada por dor crônica, acompanhada ou não de alterações objetivas, que se manifesta principalmente no pescoço, cintura escapular e/ou membros superiores em decorrência do trabalho, podendo afetar tendões, músculos e nervos periféricos. Os sinais e sintomas são múltiplos e diversificados, destacando-se, a dor espontânea ou por movimento; alterações sensitivas de fraqueza, cansaço, peso, dormência, formigamento, sensação de diminuição, perda ou aumento de sensibilidade, agulhadas, choques; dificuldades para o uso dos membros, particularmente das mãos, e, mais raramente, sinais flogísticos e áreas de hipotrofia ou atrofia (Brasil, 2001).

A alta prevalência dos DORT tem sido explicada por transformações do trabalho e das empresas cuja organização tem se caracterizado pelo estabelecimento de metas e produtividade, desconsiderando os trabalhadores e seus limites físicos e psicossociais. Assim, é exigida dos trabalhadores a adequação às características organizacionais das empresas, pautadas por intensificação do trabalho, sem aberturas para manifestações de criatividade e flexibilidade. Entre os vários países que viveram epidemias de DORT estão a Inglaterra, os países escandinavos, o Japão, os Estados Unidos, a Austrália e o Brasil. A evolução das epidemias nesses países foi variada e alguns deles continuam ainda com problemas significativos, entre os quais o Brasil (Brasil, 2012).

Assim sendo, as condições de trabalho tem papel fundamental para o desenvolvimento de doenças nos trabalhadores de enfermagem, em particular, as que acometem o sistema musculoesquelético, geralmente, relacionadas à organização do trabalho, como a jornada diária, ritmo acelerado, horas extras excessivas, déficit de trabalhadores; a sobrecarga de segmentos corporais, como o uso da força excessiva, a repetitividade de movimentos, as posturas

inadequadas e as questões do ambiente, como o mobiliário inadequado (Magnano et al., 2007).

Complementam ainda os autores que dentre as profissões da área da saúde, a enfermagem, em particular, tem sido notadamente afetada por estes agravos, que estão associados à sobrecarga de trabalho, tanto do ponto de vista quantitativo quanto a gravidade do quadro clínico dos pacientes, que exigem maior atenção das habilidades físicas e mentais do trabalhador de enfermagem, o que gera desgaste e contribui para a ocorrência de tensão, dor muscular e consequentes limitações para desenvolver suas atividades. Essa realidade é evidenciada pelo aumento crescente de casos de distúrbios musculoesqueléticos, presentes entre 80 a 93% dos trabalhadores, atingindo principalmente a região lombar, os ombros, os joelhos e a região cervical (Magnano et al., 2007).

Estudo sobre DORT, utilizando a versão brasileira do Nordic Musculoskeletal Questionnaire para identificação dos sintomas musculoesqueléticos, verificou que 96,9% dos trabalhadores de enfermagem referiram sentir dor em alguma parte do corpo no último ano, 73,1 % nos últimos sete dias e 65,8% relataram dificuldade nas atividades diárias. A coluna lombar foi a localização mais frequente referida pelos trabalhadores (Magnano et al., 2010).

Legitimando esses dados, um recente estudo utilizando o mesmo instrumento evidenciou que todos os trabalhadores de enfermagem apresentaram algum sintoma musculoesquelético nos últimos 12 meses, sendo a região superior das costas (65,9%), a região inferior das costas (63,6%) e os ombros (61,3%) os locais mais afetados, e apenas 38,6% procuraram algum profissional de saúde por causa desses sintomas. Além disso, o estudo mostrou que apesar dos sintomas, os trabalhadores permaneceram trabalhando e utilizavam artifícios como o uso de analgésicos sem prescrição médica, para conseguir trabalhar ou descansar após a jornada (Martins, 2011).

Uma pesquisa realizada com trabalhadores de enfermagem revelou que a automedicação é prática frequente na equipe de enfermagem, sendo que os medicamentos mais consumidos são para o sistema nervoso e os analgésicos, respectivamente (Barros, Griep, Rotenberg, 2009).

Outro estudo com trabalhadores de enfermagem evidenciou alta taxa de absenteísmo por DORT, entretanto, revelou que mesmo “doentes”, os trabalhadores permanecem no trabalho, especialmente quando as taxas de ocupação são elevadas (Sancinetti et al., 2009).

Influenciados pelo contexto histórico da profissão, os trabalhadores de enfermagem muitas vezes, não prestam o devido cuidado à sua própria saúde, priorizando o cuidado aos pacientes, resistindo em admitir o adoecimento, até o momento em que os agravos se tornam insustentáveis e o afastamento se torna inevitável (Batista, Juliani, Ayres, 2010; Leite, 2006).

Portanto, ainda que inúmeros estudos apontem que a saúde dos trabalhadores condiciona-se a fatores sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais, e que os DORT têm acometido e incapacitado temporária ou permanentemente os trabalhadores de enfermagem, o adoecer no trabalho ainda é uma questão complexa e desafiadora (Oliveira, Alves, Miranda, 2009; Leite, Silva, Merighi, 2007).

Reconhecendo a fragilidade das questões relacionadas ao adoecimento no trabalho, afastamento e incapacidade, apresento a seguir algumas considerações que permearam a compreensão do fenômeno.

2.2 Contextualizando o afastamento do trabalho por doença e as incapacidades nos trabalhadores de enfermagem

O afastamento é assegurado quando a permanência do trabalhador no trabalho torna-se um fator agravante da doença ou prorroga a sua recuperação, ou quando as limitações funcionais não permitem a execução das atividades laborais, desta forma, o período do afastamento é destinado a tratamentos terapêuticos para melhora clínica e a reabilitação profissional (Brasil, 2001).

Segundo a política nacional de seguridade social, há duas possibilidades de afastamento do trabalho por doença ou acidente aos segurados do INSS. Os afastamentos do trabalho por até 15 dias consecutivos, em que são assumidos financeiramente pelo empregador, e os afastamentos por mais de 15 dias consecutivos, onde os primeiros 15 dias são pagos pelo empregador, e a Previdência Social paga a partir do 16º dia de afastamento do trabalho, mediante comprovação da incapacidade em exame realizado pela perícia médica da Previdência Social (Brasil, 2010).

Dessa maneira, os afastamentos inferiores há 15 dias são bastante praticados pelas instituições de saúde, pois, se por um lado, asseguram o descanso do trabalhador e a recuperação aparente das condições de saúde, por outro, passa a ser a forma de afastamento preferida pelos trabalhadores, que temem a burocracia necessária para o afastamento formal e perdas nos ganhos financeiros mensais (Mininel, 2010).

É importante ressaltar que, na presença de um acidente de trabalho é necessária a emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) pela empresa e a entrega em uma Agência da Previdência Social, para posterior agendamento da perícia médica (Brasil, 2010).

Assim, na vigência de afastamento por mais de 15 dias, o trabalhador é avaliado por um médico perito do INSS, que é o responsável pelo diagnóstico da

capacidade para o trabalho e pela concessão do benefício. Este, denominado auxílio-doença acidentário, é concedido ao segurado incapacitado temporariamente para o trabalho em decorrência de acidentes de trabalho típico, ocorrido no exercício de atividades profissionais a serviço da empresa, ou de trajeto, ocorrido no trajeto casa-trabalho-casa, e às doenças causadas ou relacionadas ao exercício das atividades laborais (Brasil, 2010).

Na permanência da possibilidade das situações que impeçam o retorno ao trabalho, há a necessidade de o trabalhador ser submetido a exames periciais regulares para a determinação da permanência ou não da incapacidade para o trabalho, e também, para a continuidade do recebimento do benefício (Takahashi, 2006).

A fim de concessão de benefícios, a Previdência Social classifica as incapacidades como temporárias e permanentes. As incapacidades temporárias compreendem os segurados que ficaram temporariamente incapacitados para o exercício de sua atividade laborativa em função de acidente ou doenças do trabalho. As incapacidades permanentes referem-se aos segurados que ficaram permanentemente incapacitados para o exercício laboral, no entanto, podem ser subdivididas em dois tipos: parcial e total (Brasil, 2010).

Entende-se por incapacidade permanente parcial o fato do acidentado em exercício laboral, após o devido tratamento clínico, apresentar sequela definitiva que implique em redução da capacidade. Já a incapacidade permanente total ocorre quando o acidentado em exercício laboral apresentar incapacidade permanente e total para o exercício de qualquer atividade laborativa (Brasil, 2010).

Portanto, a concepção de incapacidade da legislação previdenciária brasileira é baseada exclusivamente na incapacidade física, logo, faz-se necessário uma revisão mais afinada com os avanços teóricos e técnicos mais recentes das concepções de incapacidade, cidadania e proteção social (Rossi, 2007).

Existem dois modelos de abordagem envolvidos na compreensão da incapacidade do trabalhador: o modelo biomédico e o modelo social. No modelo biomédico, a incapacidade é entendida como atributo pessoal, que pode ser motivada por doença, trauma ou demais condição de saúde, e requer tratamento médico individualizado. Por outro lado, o modelo social compreende que a incapacidade é uma questão social, um conjunto complexo de condições criadas ou agravadas pelo contexto social, onde uma síntese dos modelos biomédico e social refletiria numa abordagem mais adequada da incapacidade (Simonelli et al., 2010).

Com o objetivo de minimizar a subnotificação dos acidentes e das doenças do trabalho e a consequente bonificação para sonegadores de informação, o INSS instituiu, desde abril de 2007, uma nova sistemática de concessão de benefícios acidentários (Brasil, 2010).

Fundamentados em estudos 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, identificaram as fortes associações entre os fatores que contribuem para o adoecimento e diversas atividades desenvolvidas pelo trabalhador. Estes dados subsidiaram a construção de um instrumento auxiliar na análise e conclusão acerca da incapacidade laborativa pela perícia médica do INSS - o Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP) (Brasil, 2010).

Dessa maneira, a ocorrência deste nexo implicará na concessão de um benefício de natureza acidentária, no entanto, na inexistência do nexo, o benefício será classificado como previdenciário (Brasil, 2010).

Diante das questões envolvidas no processo de adoecer do trabalhador, entre as doenças relacionadas ao trabalho, os DORT têm representado uma das principais causas de afastamentos das atividades laborativas por motivo de doença do trabalho no Brasil desde os anos 90.

Entretanto, o sistema previdenciário, as empresas e a própria comunidade médica parecem despreparados para o reconhecimento e o tratamento dos aspectos ocupacionais dos DORT (Alvares, Lima, 2010; Lima et al., 2008).

Na enfermagem, os afastamentos por DORT têm sido descritos em muitos estudos (Leite, Merighi, Silva, 2011; Tinubu et al., 2010; Freitas et al., 2009; Magnano, Lisboa, Griep, 2009; Leite, Silva, Merighi, 2007), evidenciando uma problemática grave e ainda carente de intervenções, considerando as incapacidade adquiridas e os prejuízos do afastamento do trabalho por longos períodos.

Diante das limitações advindas do adoecimento, observa-se que o trabalhador ainda enfrenta outras dificuldades, relacionadas ao estigma e preconceito emanados da chefia e dos colegas de trabalho, pois são vistos como menos produtivos e inclinados ao absenteísmo (Sampaio et al., 2005).

Um dado que merece atenção é que ao afastar-se para tratamento, o trabalhador apresenta sensação de insegurança e de perda de identidade, assim como, sentimento de inutilidade, submetendo-o até mesmo a repensar sobre o seu valor no seio familiar e na sociedade. Desta forma, ao retornar ao trabalho, pode sentir-se isolado dentro da equipe de enfermagem ou, quando remanejado, por vezes, não recebe qualificação ou realiza atividades pouco valorizadas (Batista, Juliani, Ayres, 2010).

Os trabalhadores que se encontram afastados passam a vivenciar uma série de preocupações e medos, diante das possibilidades incertas do retorno ao trabalho, relacionados à forma que serão recebidos, a presença de um posto de trabalho adequado a sua nova condição e se haverá represália, punições ou mesmo se permanecerão apenas até o término do prazo legal de estabilidade, quando, então, serão demitidos (Neves, 2006).

Isso significa que além do processo de adoecimento, com todas as questões relacionadas à dor, limitação, terapêuticas prolongadas, o trabalhador enfrenta a sensação de inutilidade e improdutividade inerentes ao afastamento.

Desse modo, o afastamento pode acarretar ao trabalhador perdas em diferentes dimensões, pessoal, social, familiar e econômica e um retorno ao trabalho que envolva reabilitação física e psicológica, a participação da empresa e o apoio dos colegas de trabalho têm grande significado para o sujeito (Silva, Guimarães, Rodrigues, 2007).

Tendo em vista o crescimento dos índices de afastamento por DORT e seu caráter crônico e incapacitante, a literatura nacional e internacional sugere a necessidade de implantação de novas abordagens para esta problemática (Alcântara, Nunes, Ferreira, 2011; Loisel et al., 2007; Loisel, Durand, 2005).

Desse modo, apresento a seguir, alguns aspectos acerca dos programas de retorno ao trabalho e suas lacunas.

2.3 Os Programas de Retorno ao Trabalho e as lacunas existentes

As doenças relacionadas ao trabalho são determinadas pela associação da organização do trabalho e de fatores psicossociais, desta forma, a dinâmica do retorno ao trabalho deve abranger condições ambientais, físicas e psicológicas adequadas à capacidade laboral real do trabalhador. Assim, o trabalhador deve ser reintegrado ao trabalho, em atividade compatível, por meio da reabilitação profissional, importante instrumento para o retorno ao trabalho (Sardá Junior et al, 2009; Sampaio et al., 2005).

A restrição no trabalho e o retorno ao trabalho são matérias das mais complexas das políticas de atenção à saúde do trabalhador, pois, sabe-se que a

reabilitação profissional é um processo dinâmico de atendimento integral, devendo envolver as empresas no processo de prevenção, tratamento, reabilitação, readaptação e reinserção no trabalho, portanto, ações que vão além do programa de reabilitação profissional da Previdência Social e da reabilitação clínica dos diversos serviços de saúde (Toldrá et al., 2010).

Existe uma série de fatores que influenciam no retorno ao trabalho, como as questões psicológicas, físicas, nível educacional, reabilitação física, tipos e local da lesão, tempo de afastamento, tipo de seguro do trabalhador ou a sua falta. Além disso, a impossibilidade de continuidade do tratamento, de ajustes no local de trabalho e a flexibilidade no horário, podem dificultar ou retardar este processo (Cabral et al, 2010; Silva, Guimarães, Rodrigues, 2007).

Tratando-se do retorno ao trabalho, destaca-se o Modelo de Sherbrooke para avaliação da incapacidade, idealizado por pesquisadores canadenses que, diante da dificuldade em se definir incapacidade, passou-se a associar o termo com o potencial individual de retorno ao trabalho, ou seja, a incapacidade analisada sob a perspectiva de retorno ao trabalho. Para tanto, o modelo propõe intervenções integradas, direcionadas ao trabalhador e ao local de trabalho, ao invés de focar-se, exclusivamente, no tratamento da doença. Considera ainda, indispensável o envolvimento de múltiplos agentes na prevenção e recuperação do trabalhador incapacitado, por meio de uma abordagem transdisciplinar (Mininel, 2010; Loisel, Durand, 2005).

Os pressupostos do Modelo de Sherbrooke têm sido replicados não somente no Brasil, mas também em outros países, como França, Holanda e outras localidades dentro do Canadá por apresentarem resultados favoráveis ao contexto das incapacidades e trazer benefícios reais ao trabalhador incapacitado (Mininel, 2010).

Os estudos internacionais evidenciam que a questão do retorno ao trabalho também é tratada sob a ótica dos custos, ou seja, a lógica dos programas é priorizar o retorno precoce ao trabalho para reduzir os custos relacionados à doença, aos pagamentos de benefícios, de indenizações, de despesas médicas e legais, bem como o custo de substituição de empregados (Clayton et al., 2011; Ellis et al, 2010).

Esses dados são reforçados por pesquisas que evidenciam que a proporção de pessoas retornando ao trabalho diminui à medida que o tempo fora do trabalho aumenta, ou seja, quanto mais precocemente o trabalhador retornar, maiores serão suas chances de se manter produtivo (Viikari-Juntura, Burdorf, 2011).

No Brasil, a reabilitação teve início em 1944, sendo denominada como “readaptação profissional”, e tinha como objetivo a recuperação do trabalhador e reinserção no trabalho, contudo, o termo “reabilitação profissional” foi instituído para responder as questões da incapacidade, assim, os programas de reabilitação profissional foram consolidados no final dos anos de 1960 (Maeno, Takahashi, Lima, 2009).

Entre 1970 a 1980 ocorreu a construção e apogeu do modelo de atenção no âmbito da Previdência Social, com grande crescimento dos Centros de Reabilitação Profissional (CRP) e dos Núcleos de Reabilitação Profissional (NRP) compostos por equipes multiprofissionais. No entanto, na década de 1990, o governo brasileiro movido sob as idéias neoliberais, adotou ajustes macroeconômicos e de reordenação do papel do Estado, que atingiram principalmente os programas sociais. Consequentemente, as práticas de reabilitação profissional da Previdência Social sofreram mudanças significativas, e assim, houve o desmonte dos CRP e dos NRP, a desmobilização das equipes e a supressão das atividades terapêuticas (Takahashi et al, 2010; Maeno, Takahashi, Lima, 2009).

Essas mudanças determinaram o fim da atividade terapêutica das equipes, e posteriormente, a reabilitação profissional passou a ser realizada pelas empresas e apenas homologada pelo INSS, por meio de um subprograma do setor da perícia médica, denominado Reabilita (Maeno, Takahashi, Lima, 2009).

Teoricamente, o Reabilita tem por finalidade a descentralização da reabilitação profissional com consequente ampliação da rede de atendimento, disponibilizando este serviço no âmbito de todas as gerências executivas do INSS do Brasil, e permitindo a ampliação do alcance das ações através de parcerias e diversificação do atendimento, procurando envolver a comunidade no processo de reintegração do reabilitado. As equipes são constituídas por médico perito e orientador profissional, que desenvolvem as funções de reabilitação profissional. Concluindo o processo de reabilitação profissional, o INSS emite um certificado individual indicando a função para a qual o reabilitado foi capacitado profissionalmente (Cherem et al., 2009).

No entanto, na prática, o Reabilita ainda não permite uma reabilitação profissional efetiva, ou seja, a inserção do trabalhador em um trabalho que permita sua integração social plena, pois o processo de reabilitação profissional se converte apenas em encaminhar o trabalhador à empresa, que por sua vez, não tem uma política institucional e um programa de acolhimento que revele as potencialidades do trabalhador (Simonelli et al., 2010; Maeno, Takahashi, Lima, 2009).

Sendo assim, com o advento da redução do modelo previdenciário de reabilitação profissional, a desassistência aos trabalhadores tem levado ao prolongamento do afastamento do trabalho pela permanência da incapacitação, quando não ocorrem as altas precoces pela perícia médica do INSS, que não considera as questões de prevenção (Takahashi et al., 2010).

As pesquisas realizadas nas últimas décadas evidenciam a necessidade de ser instituído um programa de reabilitação profissional que

focalize o restabelecimento das capacidades funcionais e desenvolvimento de novas possibilidades do trabalhador, em que a perícia contemple os aspectos biopsicossociais do trabalho e do adoecimento. Para tanto, seria necessário compreender que o modelo biomédico adotado, centrado na avaliação e no tratamento da incapacidade, é insuficiente para compreender a maior parte das doenças ocupacionais e o processo de reabilitação profissional (Takahashi et al, 2010, Bartilotti et al, 2009).

Somado a isso, acredita-se que de todas essas barreiras, a mais importante é a falta de integração dos programas dirigidos à saúde do trabalhador com as atividades de gestão, pois a integração dos programas à gestão induz a um maior compromisso dos gestores com sua execução bem-sucedida, sendo esses aspectos condições que ajudam a transpor os demais obstáculos (Reinhardt, Fischer, 2009).

A despeito dos esforços do governo federal, em suas diferentes esferas, para a reconstrução de uma política direcionada à saúde dos trabalhadores, a crítica realidade brasileira grita por ações urgentes, resolutivas e permanentes. Isso porque os trabalhadores, em especial os da área da saúde, vivenciam situações dramáticas quando precisam utilizar os recursos do sistema previdenciário para afastamentos decorrentes do trabalho (Mininel, 2010).

Diante da atuação ineficiente da proposta de reabilitação profissional vigente em nosso país, tendo em vista o grande número de trabalhadores afastados e sem perspectiva de retorno ao trabalho, o Ministério Público do Trabalho, em Santa Catarina, mobilizou vários atores públicos, inclusive o INSS, para a operacionalização de um projeto piloto de reabilitação profissional, denominado Programa de Reabilitação Ampliado (PRA), desenvolvido entre 2007 e 2008 (Bartilotti et al., 2009).

Uma equipe multiprofissional assistiu os trabalhadores com capacidade laboral residual para exercer outras funções. Dentre estes trabalhadores, 64% retornaram ou estão retornando ao trabalho e cerca de 7% foram definitivamente aposentados por apresentarem incapacidade laboral. Do ponto de vista da perícia do trabalho estes 7% de trabalhadores tiveram um ganho por não necessitarem mais retornar a perícia e estarem aptos a receber benefícios decorrentes desta situação (Bartilotti et al., 2009).

A realização desta nova proposta de reabilitação profissional, fundamentada em uma abordagem biopsicossocial com a atuação de uma equipe multiprofissional, e diante dos resultados encontrados, pode contribuir para o desenvolvimento de outras metodologias para programas de reabilitação. Ressaltando ainda que as decisões que se fazem na ausência do principal interessado, o trabalhador, podem ser um forte indicador de insucesso (Bartilotti et al., 2009; Cherem et al., 2009).

A Constituição Federal do Brasil assegura que o retorno ao trabalho seja uma das ações da reabilitação profissional, administrada pelo Ministério da Previdência Social através do INSS, tratando-se de um serviço que tem como objetivo proporcionar aos segurados e dependentes incapacitados parcial ou totalmente para o trabalho, a assistência de (re) educação e de (re) adaptação profissional e social, de modo que possam reingressar no mercado de trabalho (Brasil, 1999).

Portanto, a reabilitação profissional, compreendida como um conjunto integrado de ações tem por finalidade resgatar as capacidades física, psicológica e social dos trabalhadores acometidos por agravos de saúde. Entretanto, tendo em vista que o modelo biomédico, ainda é a definição que embasa as políticas públicas da saúde do trabalhador no Brasil e que este deve ser considerado para fins de entendimento no modelo de reabilitação profissional vigente, as lacunas são muitas (Mininel, 2010; Takahashi et al, 2010).

Uma possibilidade de abordagem integral ao trabalhador nos serviços de reabilitação é a utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), criada pela Organização Mundial de Saúdo no ano de 2001. Esta estratégia fornece elementos que auxiliam na evidência do processo de adoecimento no trabalho e na avaliação de restrições laborais e potencialidades de retorno ao trabalho. Além disso, pode colaborar nas ações de reabilitação em trabalhadores afastados em longo prazo, pois propõe um modelo de funcionalidade e de incapacidade que converge à atividade humana no cotidiano e no mundo real. Tem sido crescente o número de estudos que utilizam a CIF como referência teórica para a discussão da funcionalidade em dor crônica e desordens musculoesqueléticas (Lima et al., 2008; Farias, Buchalla, 2005).

Além disso, a CIF é baseada num modelo de incapacidade que poderia ser chamado de modelo biopsicossocial, pois sintetiza os modelos médico e social ao considerar as diferentes perspectivas da saúde (biológica, individual e social), não reduzindo a noção de incapacidade a apenas um dos seus aspectos como a partir da doença (Di Nubila, 2010).

Sendo assim, o processo de retorno ao trabalho necessita envolver a construção coletiva dos diferentes setores, tendo o trabalhador como protagonista e sujeito atuante no processo de produção de saúde e de trabalho. Para tanto, deve-se realizar modificações na organização do trabalho, o envolvimento efetivo da empresa, a orientação da chefia e dos colegas quanto às restrições do trabalhador e o acompanhamento na execução das atividades laborais. (Toldrá et al., 2010; Gravina, Rocha, 2006).

Os programas de atenção à saúde do trabalhador devem almejar a redução das barreiras para um retorno precoce ao trabalho e a reabilitação profissional deve basear-se na capacidade laborativa que o trabalhador apresenta para desempenhar suas habilidades, além de prover suporte para o trabalhador lidar com as prováveis situações de enfrentamento no retorno ao trabalho, tais

como conflitos com chefias ou os desafios profissionais com os limites impostos pela doença (Takahashi et al., 2010).

Um estudo com bancários identificou que os aspectos que dificultavam o processo de retorno foram executar atividades inadequadas frente às incapacidades adquiridas, ausência de pausas para descanso durante a jornada e realização de horas extras. Os aspectos que facilitaram foram o sentimento de utilidade e inclusão social, importância do trabalho nas vidas dos sujeitos e desenvolvimento de novas habilidades. E o relacionamento interpessoal com os colegas e chefia ora apresentava-se como fator dificultador na presença de discriminação e pressão, ora como motivador, nas situações de apoio, de respeito da compreensão da situação vivida e da colaboração para adequação do retorno ao trabalho (Gravina, Rocha, 2006).

Consequentemente, a maneira pela qual o retorno ao trabalho acontece para o indivíduo pode representar uma chance de recomeçar a vida produtiva, com satisfação, prazer e redução dos agravos ou uma piora nos sintomas, cronificação da doença e redução da autoestima.

Considerando a literatura apresentada, acreditando que investigar o fenômeno do retorno ao trabalho pela ótica dos trabalhadores trará contribuições para esta problemática, apresento a seguir, o referencial teórico metodológico que norteou a realização do presente estudo.

3. A Opção Pelo Método Qualitativo Fenomenológico

Para compreender a ***vivência do trabalhador de enfermagem que retorna ao trabalho após afastamento por DORT,*** optei pela pesquisa qualitativa, pois esta abordagem busca compreender os valores e as relações dos sujeitos, conhecer os núcleos de sentido e entender os significados (Minayo, 2008).

O enfoque da pesquisa foi fenomenológico, pois esta vertente teórico-metodológica valoriza o ser em sua singularidade e busca compreender a experiência vivida pelo sujeito e as estruturas onde o fenômeno ocorre.

Como movimento filosófico, a fenomenologia nasce no início do século XX com a obra *Investigações Lógicas*, de Edmund Husserl (1859-1938). O termo fenomenologia deriva das palavras gregas: *phainomenon* (aquilo que se mostra a partir de si mesmo) e *logos* (ciência ou estudo). Assim, fenomenologia é o estudo ou a ciência do fenômeno e fenômeno significa trazer à luz, colocar sob iluminação, mostrar-se a si mesmo em si mesmo. Desta forma, fenomenologia é a volta às próprias coisas (Gustavo Figueroa, 2008).

A fenomenologia nos convoca a retomar o caminho qualitativo da existência e recuperar o sentido do ser, da existência humana no mundo. Enquanto método de pesquisa é um modo de abordar o fenômeno, através da apreensão da sua essência. Neste sentido, a fenomenologia pode ser considerada como o estudo das essências, permitindo o retorno ao mundo vivido, ao mundo da experiência, destituindo-se de preconceitos ou crenças, valorizando a descrição da experiência vivenciada pelo sujeito, uma vez que os fenômenos não podem ser compreendidos isolados do sujeito que os vive (Merighi, Praça, 2003; Carvalho, Valle, 2002).

O ponto de partida é “voltar às próprias coisas”, segundo o programa husserliano de transcender as representações espontâneas do senso comum, onde o primeiro passo é reconhecer a prioridade da prática, da esfera do fazer e agir, sobre o pensamento e a reflexão. A experiência não se resume à capacidade

humana de representar o mundo por meio de processos cognitivos, pois guarda em si mesma, as “significações”. Assim, para a fenomenologia, a operação primordial de significação é que o expresso não existe separadamente da expressão e, como tal, é “encarnada”, ou seja, é um fenômeno sensível ao corpo e não uma mera questão de “subjetividade”. Nesse aspecto, o método fenomenológico está voltado para apreender as significações na medida em que são simplesmente dadas e tal como são dadas pelas nossas experiências, preocupando-se com o solo originário do sentido (Alves, 2006).

Notáveis contribuições para o desenvolvimento da enfermagem por meio do conhecimento fenomenológico têm sido descritas ao longo das últimas décadas, evidenciando a sua importância para descrever os fenômenos relativos ao processo saúde-doença por meio dos sujeitos, possibilitando a elaboração de novas estratégias de intervenção e o redirecionamento de práticas assistências à saúde (Merighi et al., 2011; Salomé, Espósito, 2011; Duarte, Rocha, 2011; Cestari, 2010; Earle, 2010; Leite, Merighi, Silva, 2007).

Considerando o fenômeno a ser desvelado, ***o retorno ao trabalho após afastamento por Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho (DORT),*** e todas as questões que permeiam esta problemática, optei pela fenomenologia existencial de Martin Heidegger, para descrever a experiência vivida por esses trabalhadores, uma vez que este filósofo se preocupou em desvendar o sentido do ser, propondo estruturas ontológicas que expressam uma vinculação com o ser-no-mundo e com as possibilidades de cuidado.

Assim, antes de apresentar a trajetória metodológica necessária à compreensão do fenômeno, descreverei a seguir, algumas unificações ontológicas propostas por Heidegger que servirão de baliza para analisar o fenômeno descrito pela linguagem do trabalhador que retornou ao trabalho após afastamento por DORT.

3.1 Referencial filosófico de Martin Heidegger e a vivência do trabalhador de enfermagem que retorna ao trabalho após afastamento por DORT

Martin Heidegger (1889-1976) nasceu na aldeia de Messkirch, Baden, área rural religiosa no sul da Alemanha, em uma família de pequenos fazendeiros e artesãos. Mostrou interesse pela filosofia ao entrar em contato com a obra *Sobre os vários sentidos do ser segundo Aristóteles* (1862), de Franz Brentano, um dos precursores do movimento fenomenológico, em 1906, quando recebia formação para o sacerdócio na escola secundária em Friburgo. Tornou-se um noviço jesuíta, e foi estudar teologia e filosofia escolástica na Universidade de Friburgo, em 1909, com uma bolsa de estudos eclesiástica (Inwood, 2004; Strathern 2004).

Heidegger voltou-se para a filosofia para ir além de tudo que lhe parecera inadequado na teologia, assim, foi estudar filosofia moderna, especialmente a obra do alemão Edmund Husserl, *Investigações lógicas*, em que ficou impressionado com o conteúdo, que lhe foi uma revelação. Formou-se em 1913 e em 1915 começou a lecionar na universidade. Heidegger focalizou a sua filosofia no estudo do próprio "ser". "O que é ser?" seria a questão central de sua filosofia. Para tanto, voltou-se para a história da filosofia, onde pode discernir a "história do ser". Em 1927, publicou sua grande obra, *Ser e Tempo (Sein und Zeit,* em alemão*),* a obra que estabeleceu sua nova filosofia (Inwood, 2004; Strathern 2004).

O objetivo da filosofia de Heidegger era fazer todo indivíduo abordar a "questão do ser" de modo mais intenso possível, ou seja, repensar na existência do ser para compreensão da existência humana, ao meditar sobre os significados que o indivíduo concede a sua vida e sobre os processos que vivencia em seu cotidiano. Neste sentido, o ponto central para a concepção de ser de Heidegger é a palavra *Dasein,* "Aí" (*Da-*) "ser" (*-sein*), portanto, o ser-aí. Um ser humano é

Dasein porque ele está “aí”, no-mundo, revestido de sentido e onde o sentido do ser aparece (Leite, Merighi, Silva, 2007; Strathern 2004; Inwood, 2004).

Para o filósofo, o ser humano é ser-com, pois, sua existência só é possível com o outro, no modo de se relacionar, atuar, sentir, viver, portanto, no compartilhar a vida com as pessoas do mundo (Heidegger, 2009).

Sendo assim, para compreender a vivência do trabalhador de enfermagem que retorna ao trabalho após afastamento por DORT, é necessário entender o trabalhador de enfermagem como ser, ser este que interage com o mundo e com as coisas do mundo. O ser-com, dotado de relações com os outros trabalhadores de enfermagem, com chefias, com os pacientes, com os familiares e com a rede de assistência à sua saúde.

O trabalhador de enfermagem que retorna ao trabalho após afastamento por DORT pode apresentar incapacidade, limitações e dor, sintomatologia freqüente no curso da doença. Assim, para compreender o processo de retorno ao trabalho após afastamento por DORT e toda a influência desse processo no mundo-vida do trabalhador, é necessário desvendá-lo a partir de sua experiência, compondo as redes de significações importantes para descrever a essência do fenômeno ***retornar ao trabalho após afastamento por Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho (DORT).***

Heidegger (2009) descreve o cuidado como constitutivo da existência humana e resgata o cuidado autêntico como libertador e o cuidado inautêntico como opressor, onde a solicitude e o descuidado se revelam, respectivamente.

Do processo de retorno ao trabalho pode emergir uma multiplicidade de sentimentos nos trabalhadores de enfermagem, sendo que essa experiência é permeada de intersubjetividade, onde os sujeitos podem interagir no mundo da vida, relacionando-se de maneira envolvente ou descompromissada, uma forma deficiente de solicitude.

Heidegger (2009) apresenta a angústia, como uma unificação ontológica, que leva o ser humano a repensar e escolher entre permanecer no seu cotidiano (decadência) ou superar a própria angústia, transcendendo sobre o mundo e sobre si mesmo, assegurando a sua liberdade.

O retorno ao trabalho é um indicativo de que o trabalhador adquiriu condições para voltar e isso remete às questões de saúde-doença, que devem ser abordadas a partir da compreensão do homem como ser-aí, em seus modos de ser-no-mundo. Heidegger (2009) afirma que a essência do homem sempre se desdobra como potencialidade de responder a motivos de ação que o interpelam ou demandam uma resposta ao mundo.

Os caminhos que o trabalhador trilha será traduzido a partir de sua história no mundo, sendo-aí-no-mundo, podendo este re-signifcar sua vida, resgatando suas potencialidades, o seu projeto de ser-si-mesmo ou, recusando as possibilidades que a existência lhe reserva (Leite, 2006).

Ao buscar a compreensão dessa experiência para os trabalhadores de enfermagem tendo como arcabouço filosófico o referencial existencialista de Martin Heidegger, acredito traduzir o fenômeno em sua essência mais genuína, vislumbrando caminhos para que o retorno ao trabalho seja revisto e repensado no Brasil, especialmente na enfermagem hospitalar.

4. Trajetória Metodológica

4.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa qualitativa fenomenológica, com abordagem da fenomenologia existencial heideggeriana, pois esta vertente teórico-metodológica busca compreender a experiência vivida a partir do sujeito e sua existência.

4.2 Sujeitos da pesquisa

Os critérios de elegibilidade para a seleção dos sujeitos nesta pesquisa foram: ter se afastado por DORT, por um período mínimo de 6 semanas e ter retornado ao trabalho até o período de no máximo 12 meses. Estes critérios foram assim adotados tendo como referencial da literatura (Brouwer et al, 2010; van Dujin, Lotters, Burdorf, 2005) e por acreditar que neste período os trabalhadores ainda estivessem vivenciando o processo de retorno ao trabalho e pudessem descrevê-lo com maior riqueza de detalhes.

Primeiramente, a coordenação de enfermagem da instituição pesquisada forneceu uma relação de trabalhadores de enfermagem que haviam retornado ao trabalho após afastamento para tratamento do DORT. Na listagem fornecida pela coordenação de enfermagem estavam relacionados 14 nomes, sendo apenas um homem que havia retornado ao trabalho há mais de 12 meses (informação retirada da própria listagem que além dos nomes fornecia: função, unidade que trabalhava e a data da alta do INSS), portanto, não atendendo os critérios de elegibilidade.

Desta forma, participaram da pesquisa seis trabalhadoras de enfermagem que estavam vivenciando o processo de retorno ao trabalho após afastamento por DORT, sendo quatro auxiliares de enfermagem, uma técnica de

enfermagem e uma enfermeira. As áreas de atuação das trabalhadoras eram enfermaria, unidade de terapia intensiva, ambulatório e central de material e esterilização.

Em princípio, realizei uma primeira conversa para esclarecimentos sobre o objetivo do estudo e as possíveis contribuições para a temática e esta era convidada a participar da pesquisa e, ante a afirmativa, um encontro era marcado para a realização da entrevista. Assim, todo este processo foi realizado individualmente até que as minhas inquietações a respeito do fenômeno fossem respondidas.

Considerando que os participantes da pesquisa são mulheres, nas etapas a seguir passarei a chamar os sujeitos por trabalhadoras.

4.3 Região de Inquérito

Segundo Merighi e Praça (2003), região de inquérito é a região da perplexidade, o local das preocupações do pesquisador. Desta forma, não se trata de um espaço físico e sim de um contexto conceitual em que as pessoas agem. Neste estudo, a região de inquérito foi constituída por trabalhadores de enfermagem que estavam vivenciando o processo de retorno ao trabalho após afastamento por DORT, independente do gênero, da idade, da área de atuação e do tempo de experiência profissional. Assim sendo, a região de inquérito deste estudo foi a própria situação em que o fenômeno estava ocorrendo, o mundo-vida das trabalhadoras de enfermagem que retornam ao trabalho após afastamento por DORT.

4.4 Procedimento para coleta de dados

Posto que, na Fenomenologia, é na linguagem que a apreensão do ser se dá (Carvalho, Valle, 2002, Garnica, 1997), e que a interrogação é necessária para que o fenômeno seja compreendido, a entrevista foi o instrumento da pesquisa.

As entrevistas, realizadas entre junho e julho de 2011, foram agendadas conforme a disponibilidade das trabalhadoras, em local acordado com as mesmas, efetuadas por meio da questão norteadora**: Como está sendo para você retornar ao trabalho após o período de afastamento?** Além disso, havia um instrumento com dados importantes para caracterizar os sujeitos da pesquisa (Apêndice A).

Os discursos foram gravados em gravador digital, a fim de promover maior liberdade de expressão e maior fidelidade no processo de captação das idéias.

Imediatamente após a realização das entrevistas, a pesquisadora fez a transcrição dos discursos, respeitando a sequencia das ideias, a linguagem, as pausas e a repetições realizadas. As entrevistas foram cessadas apenas quando as inquietações da pesquisadora foram respondidas, demonstrando assim, os sinais do desvelamento do fenômeno ***retornar ao trabalho após afastamento por DORT***.

O projeto foi submetido e aprovado pelo comitê de ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e pelo comitê de ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, de acordo com a Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. As trabalhadoras receberam uma via do Termo de Consentimento, Livre e Esclarecido (TCLE) sobre a pesquisa e foi-lhes reservado o direito de aceitar ou não a participar do estudo (Apêndice B).

4.5 O caminho para a análise dos discursos

Para a análise dos discursos foi utilizado o referencial de Josgrilberg (2000), que propõe uma sequencia de etapas, permitindo uma melhor compreensão do fenômeno a ser desvelado, conforme descrevo a seguir:

Inicialmente realizei a transcrição de cada entrevista na íntegra, e em seguida, a leitura e releitura de todo o conteúdo, a fim de apreender os trechos significativos de cada discurso.

Na sequencia, busquei as estruturas fundamentais da existência, a partir do agrupamento dos trechos mais relevantes de cada discurso, compondo uma categorização prévia.

Adiante, apoiada pelo método fenomenológico, a leitura dos discursos teve em vista o objeto em sua redução, ou seja, quais partes da descrição foram essenciais para compreender a vivência contida em todos os discursos. E assim guiada referencial filosófico de Martin Heidegger foram construídas as Unificações Ontológicas para a elucidação do objeto, portanto, para compreensão do fenômeno ***retornar ao trabalho após afastamento por DORT***.

5. Resultados

5.1 Contextualizando as trabalhadoras de enfermagem

Apresento uma breve descrição das trabalhadoras de enfermagem que compuseram este estudo, possibilitando ao leitor maior aproximação com o fenômeno desvelado. Saliento ainda que a fim de preservar o anonimato de cada trabalhadora, foram utilizados nomes fictícios para a identificação dos discursos.

Ariane, 22 anos, solteira, auxiliar de enfermagem, atua na área e na instituição há 3 anos. Ficou afastada por 5 meses devido lombalgia e retornou há 8 meses.

"... não é o fato de somente de pegar o peso, mas, é o... é o movimento, é a... a rotina do andar que faz com que as dores vem, com que a crise aconteça".

Bianca, 32 anos, solteira, enfermeira, atua na área há 12 anos e na instituição há 5 anos. Ficou afastada por 9 meses devido hérnia de disco em região cervical e retornou há 9 meses.

"... às vezes eu faço um pouco mais, aí já começa a doer o pescoço, a cabeça, o braço".

Camila, 34 anos, casada, auxiliar de enfermagem, atua na área há 13 anos e na instituição há 9 anos. Ficou afastada por 7 meses devido lombalgia e retornou há 11 meses.

"A minha vida nunca mais teve a mesma rotina (...) eu passo por vários tratamentos, faço vários tratamentos que antes eu não tinha".

Diana, 59 anos, viúva, auxiliar de enfermagem, atua na área há 28 anos e na instituição há 17 anos. Ficou afastada por 4 meses devido síndrome do túnel do carpo e retornou há 3 meses.

"Então é difícil porque você fica trabalhando com uma mão só e você... aí vai prejudicar mais o outro lado que também está doente, né? então não é fácil".

Elza, 48 anos, divorciada, técnica de enfermagem, atua na área há 8 anos e na instituição há 6 anos. Ficou afastada por 5 meses devido cervicalgia e lombalgia e retornou há 8 meses.

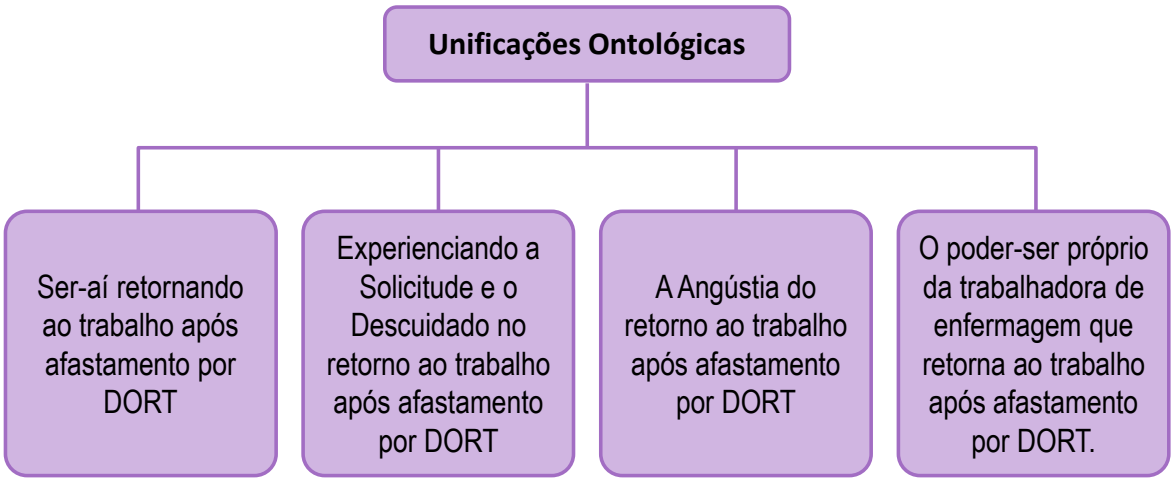
"Muita (dor). Difícil, muito difícil. Ninguém aguenta ficar com dor (...). As coisas vivem caindo da minha mão, é caneta, é colher, é assim..."

Fátima, 42 anos, casada, auxiliar de enfermagem, atua na área e na instituição há 15 anos. Ficou afastada por 5 meses devido lesão do tendão supra espinhal e retornou há 7 meses.

"... sinto dor no ombro, nas escapulas, né, mais aí eu faço alongamento, faço calor, faço acupuntura de sábado, então melhora...".

5.2 Unificações Ontológicas

A análise dos discursos possibilitou a elucidação de quatro Unificações Ontológicas que desvelaram o fenômeno ***retornar ao trabalho após afastamento por DORT*** segundo a vivência de trabalhadoras de enfermagem:



5.2.1 Ser-aí retornando ao trabalho após afastamento por DORT

Para Heidegger ser é a maneira como algo se torna presente, manifesto, entendido, percebido, compreendido e finalmente, conhecido para o ser humano, para o “ser-aí” ou “Dasein”, sendo assim, compreender a vivência da trabalhadora de enfermagem que retorna ao trabalho após afastamento por DORT é uma possibilidade de interrogar o ente para conhecer o ser em sua mais íntima essência (Heidegger, 2009).

Os DORT expressam os efeitos advindos da realização de atividades profissionais do trabalhador contemporâneo, transformados em dor e sofrimento. As limitações, a interrupção da atividade laboral, a dedicação aos tratamentos exigem uma reestruturação de identidade e a aceitação da incapacidade, situações concretas de perda da identidade na vida profissional, na família e no círculo social (Barbosa, Santos, Trezza, 2007; Sanches et al., 2010).

A trabalhadora de enfermagem que outrora se afastou por DORT e retorna ao trabalho, vivencia uma multiplicidade de sentimentos como esperança, alegria, medo e insegurança, uma vez que ela deverá corresponder às expectativas institucionais e será nesta fase que a mesma terá a oportunidade de retomar sua vida laboral, reinserindo-se no processo de trabalho e no convívio com o grupo profissional.

Nesse aspecto, a reinserção no processo de trabalho evidencia para a trabalhadora suas limitações, momento em que ela reconhece as mudanças no ser-aí, manifestadas pela dor física e mental, que tem um caráter de cronicidade e pela incapacidade de realizar uma série de atividades, como descrevem as trabalhadoras:

> *...A minha dor não é só física, é mental também.. Ah, depois que eu sofri os acidentes (...) eu caí em depressão... (Camila)*

> *... neste final de semana ficou eu e uma auxiliar com onze, doze pacientes. Mesmo eu não pegando peso, não me encurvando, mas praticamente a gente não sentou e isso dói, eu saio daqui com dor. Às vezes eu olho e não dá vontade de vir trabalhar... (Bianca)*

As formas de se relacionar com os entes em nossa cotidianidade são, na maioria das vezes, tão evidentes que passam despercebidas, e os significados são vividos sem percepção, e, somente quando algo nos falta é que seu significado pode tornar-se manifesto (Heidegger, 2009).

Estudo realizado com trabalhadoras de enfermagem portadoras de DORT evidenciou que o ser-no-mundo modifica-se intensamente com as alterações advindas da doença, pois as trabalhadoras precisam conviver com a dor crônica, as limitações e a incapacidade não só para o trabalho, como para a realização de atividades mais simples do cotidiano (Leite, Merighi, Silva, 2007).

O retorno ao trabalho impõe a necessidade de realizar uma série de atividades desgastantes, inerentes ao processo de trabalho de enfermagem, intensificando os sintomas de dor e as limitações. Os trechos a seguir traduzem o cotidiano das trabalhadoras de enfermagem que retornam ao trabalho, marcado pela percepção de alterações orgânicas como a fraqueza muscular, a exacerbação da dor e a limitação:

> *A dor pra mim? ...tô me acostumando... com ela, vai me perseguir o resto da vida ... o problema é que esta dor que eu sinto não é da coluna, é parte muscular, (...) eu tive perda muscular, tive fraqueza muscular (...) quando esforça muito, dói demais, mas é parte muscular porque exige do músculo. E assim, eu não tenho muita opção(...) eu não posso empurrar uma cadeira higiênica, não adianta, eu não posso empurrar uma cadeira de rodas com o paciente, não posso ir pra lugar nenhum (Bianca)*

> *... não é o fato de somente de pegar o peso, mas, é o... é o movimento, é a... a rotina do andar que faz com que as dores vem, com que a crise aconteça (Ariane)*

A dor é um sinal orgânico de alerta, de que há algo errado no corpo, porém nas situações de dor crônica, o convívio com a dor passa a ser diário, tornando-se parte do ser-aí. Desse modo, a queixa dolorosa é interpretada pela trabalhadora como um sintoma que precisa ser ocultado, no intuito de manter-se produtiva e cumprir as exigências do trabalho. Estudos apontam que os trabalhadores portadores de DORT inseridos no trabalho, tendem a praticar a automedicação, a fim de mascarar seu sofrimento em prol da manutenção do posto de trabalho (Neves, Nunes, 2010), como descrevem as trabalhadoras:

> *Eu tomo tylex se necessário, só. Tomo tylex, ele alivia um pouco e descanso né, sento. Aí começa tudo de novo, tem dia que não dói, tem dia que dói... eu passo quinze dias sem tomar nada, aí no dia que eu*

força muito eu tomo dois... a última vez que eu tomei, tomei dois comprimidos que eu tinha forçado, é eu tinha andado pouco... (Bianca)

Muita (dor). Difícil, muito difícil. Ninguém aguenta ficar com dor. Sempre quando não tem... quando começa a dor, eu tenho que está... eu sempre ando com uma dipirona na bolsa porque é o que pelo menos me alivia na hora e... mas tenho dor, além de dor edema... As coisas vivem caindo da minha mão, é caneta, é colher, é assim... Dói tudo, já senti assim pontadas aqui, já, é isto... (Elza)

Sinto... sinto dor... eu sinto dor quando eu fico muito tempo, eu sinto dor muscular... Agora quando esta na fase aguda mesmo, que realmente assim, não está melhorando, aí, às vezes, eu me afasto. Eu fico, às vezes, afastada... tomo injeção... aí eu vou para fisioterapia mesmo tradicional e aí demora... eu tenho assim. Eu demoro um pouco mais do que outro paciente, né, para fazer... para restabelecer (Fátima)

A dor é um dos fatores mais limitantes nos trabalhadores com DORT que comumente possui caráter persistente, mesmo com os diferentes tratamentos existentes e a limitação funcional interfere tanto na execução da atividade profissional como na execução das atividades cotidianas, contribuindo para alteração da autoimagem dos trabalhadores (Pessoa, Cardia, Santos, 2010).

A dor vivenciada pela trabalhadora de enfermagem não apenas representa mais um sintoma que caracteriza o quadro clínico dos DORT, mas, um fenômeno a ser experenciado de maneira única e pessoal. Um estudo norueguês envolvendo trabalhadores afastados por lombalgia evidenciou que a intensidade da dor em repouso foi um dos indicadores mais relevantes para o não retorno ao trabalho (Reme, Hagen, Eriksen, 2009)

No presente estudo, as trabalhadoras relatam que a dor não se manifesta apenas no ambiente de trabalho, mas torna-se parte de todo o universo das trabalhadoras, obrigando-as a recorrer não somente aos medicamentos

analgésicos, como outras terapias que objetivam a analgesia. Assim, freqüentemente, o tempo que as trabalhadoras têm para o lazer ou para a realização de outras atividades é despendido em alternativas para controlar e minimizar a dor, conforme evidenciado a seguir:

> *A minha vida nunca mais teve a mesma rotina. Eu tenho... eu passo pela... eu faço terapia, eu faço fisioterapia. Eu passo pela fisiatria, eu passo pela psiquiatria, eu passo pela neurocirurgia. Então, eu passo por vários tratamentos, faço vários tratamentos que antes eu não tinha (Camila)*
>
> *Eu faço RPG e faço acompanhamento com neurocirurgião que é o médico que opera coluna (...) Ah tem ah eu faço acupuntura também faço acupuntura. A RPG ajuda. Faço acupuntura e RPG... (Bianca)*
>
> *(...)sinto dor no ombro, nas escapulas, né, mais aí eu faço alongamento, faço calor, faço acupuntura de sábado, então melhora... (Fátima)*

As trabalhadoras que retornam ao trabalho após o afastamento por DORT experimentam um novo jeito de existir no mundo, uma vez que a doença influencia a relação com o mundo, e a maneira de se ver neste mundo e se relacionar com ele, gerando novos comportamentos e mudança na sua rotina.

A dor decorrente da patologia corresponde a um processo limitante que interfere nas esferas profissional e familiar. Estudos evidenciam que trabalhadores que vivenciam DORT percebem a dor como limitadora, incapacitante, causadora de insônia e mudanças de comportamento (Baptista, Merighi, Silva, 2010; Pessoa, Cardia, Santos, 2010; Neves, 2006).

Nesse sentido, pude observar que ser-aí-retornando ao trabalho após afastamento por DORT representa para o sujeito experienciar não só as

limitações no trabalho, como conviver com as mudanças em vários aspectos da vida, como descrevem as trabalhadoras:

> *Dói... (grande silêncio e choro) não consigo mais fazer meus bordados, que eu fazia bordados, ponto cruz, tricô, não consigo mais, meu braço dói às vezes eu faço um pouco mais, aí já começa a doer o pescoço, a cabeça, o braço (Bianca)*

> *Eu não posso mais pegar peso, eu não posso mais carregar sacola, eu não posso mais puxar, empurrar. Eu não posso nem mais abrir uma garrafa pet que eu não aguento (Camila)*

A literatura evidencia que todo processo de adoecimento traz intensas mudanças na forma de ser-no-mundo e no decorrer do tempo, os DORT afetam as demais dimensões em que se desenrola a história do trabalhador. A dor crônica, as noites sem dormir e a dificuldade em encontrar tratamentos efetivos que minimizem os sintomas afetam o cotidiano vivencial dos trabalhadores (Leite, 2006; Chiavegato Filho, Pereira Jr, 2004).

Heidegger (2009) descreve que o ser-aí está em um mundo em que ele nasce e cresce, ama, odeia, vive e morre a todo instante. Um mundo originário, sem o qual não realizamos a nossa existência. Nesse sentido, o mundo que se apresenta para as trabalhadoras no cotidiano de trabalho, é um mundo repleto de dificuldades e inadequações ao processo de retorno.

Além disso, como a causa de incapacidade para o trabalho está associada com o local de trabalho, então, um retorno para um local de trabalho que não mudou (com ou sem um tratamento apropriado para a doença) pode estar condenado ao fracasso (Adler et al, 2006; Sanderson, Andrews, 2006).

Os discursos revelam que as trabalhadoras de enfermagem que há pouco necessitavam de cuidados médicos mais intensivos e repouso da atividade laboral, são abruptamente, incumbidas de executar todas as tarefas inerentes do

processo de trabalho, independente das recomendações contidas na sua prescrição médica:

> *... sobrecarregada, porque, nem tudo acontece ali no que tá escrito no papel, né? Na teoria é uma coisa, na prática é outra. A restrição de peso que poderia fazer apenas medicações e... alguns curativos conforme o... a elevação da cama assim né na mesma altura, mas na realidade você faz praticamente tudo (Ariane)*

> *Eu trabalho a pulso, eu chego a pulso, nem sapato não posso calçar mais. Esse tamanco aqui eu não posso calçar, mas eu to calçando, porque eu não aguento calçar outro tipo de calçado. Isto daqui é muito inchado e doendo, tudo... a perna... toda atrofiada porque eu não aguento ficar muito tempo sentada... (Diana)*

Portanto, estando inseridas no processo de trabalho, as trabalhadoras se sentem obrigadas a atender às demandas do cotidiano assistencial, assumindo tarefas inadequadas para o seu estado de saúde, o que impede um retorno ao trabalho saudável e tende a agravar ainda mais a sua doença:

> *Então é difícil porque você fica trabalhando com uma mão só e você... aí vai prejudicar mais o outro lado que também está doente, né? então não é fácil (Diana)*

A reinserção ao trabalho numa dinâmica inadequada, com atividades inapropriadas ao tipo e característica da ter seu quadro clínico agravado e o nível de sua produtividade comprometido, além de enormes prejuízos em sua vida pessoal. O tipo de organização do trabalho empregada desgasta a saúde física e mental das pessoas, de modo que não se trata aqui de idiossincrasias daqueles que trabalham, mas da organização do trabalho, ela mesma produtora de adoecimento (Silva, Oliveira, Souza, 2011).

É importante ressaltar que o espaço laboral gerador de doenças ocupacionais é constituído por fatores de riscos biomecânicos (esforço físico, posturas constrangidas e estáticas, gestos acelerados e repetitividade de movimentos) e psicossociais (intensidade do trabalho, pressão por metas de produção e fadiga cognitiva). Sendo assim, o retorno ao trabalho é fator de agravamento, se mantidas as mesmas condições que geraram o adoecimento (Takahashi et al., 2010), conforme o trecho a seguir revela:

> *Difícil, por quê? Eu esperava que tivesse uma readaptação, quando eu voltei a trabalhar da cirurgia, que é o primeiro, eu pensei que eu nunca ia voltar pra unidade de internação, eu pensei que eu ia pra, pro AB (ambulatório), pra qualquer lugar (choro), mas, eu não ia voltar pra cá... (silêncio). Eu tenho restrição de peso e de mim encurvar e aqui você depende muito, você tem que fazer isso, então, você acaba dependendo muito das outras pessoas (Bianca)*

Ao retornar ao trabalho num ambiente onde não existe a compreensão do adoecer e do apresentar restrições, a trabalhadora de enfermagem submete-se a situações que pioram os sintomas, no intuito de mostrar-se competente, capaz e aceita pelo grupo e pelas chefias:

> *... é muito difícil, é muito complicado... é assim, eu não tenho, como eu vou dizer (...)eu faço, mas depois eu sinto as consequências do que eu faço, é muito difícil, assim, eu posso ter um plantão corrido, mas eu saio daqui quase sem andar, toda travada de dor (Bianca)*

> *... se você volta a trabalhar é porque você quer trabalhar! Então, a partir do momento que você mostra isto para o chefe, você não tem problema não (Fátima)*

Estudos revelam que duas resistências importantes estão presentes no processo de retorno ao trabalho. De um lado, as resistências individuais relacionadas com as barreiras que o próprio trabalhador impõe, ao exigir muito de

si mesmo e por apresentar dificuldade em perceber os seus limites, aceitá-los e respeitá-los. Por outro lado, as resistências organizacionais relacionadas à dificuldade de se modificar o posto de trabalho (Cardia, Santos, 2010; Barbosa, Santos, Trezza, 2007).

Nesse sentido, quando a trabalhadora é remanejada para exercer atividades que não recebeu formação ou qualquer treinamento, pode se sentir ainda mais fragilizada ou desvalorizada:

> *Difícil, muito difícil porque você é capaz de fazer outras coisas e você tá restrito a ficar ali mexendo somente com papéis e vendo que a... o que você estudou, a sua formação é outra (...) não é o meu lugar (no administrativo), eu não achei ali, é..., não achei bom porque não me via sentada na frente de um computador (Ariane)*

> *Eu sinto muito porque eu gosto muito de ter contato com os pacientes, né?... me dá uma satisfação quando eu posso ajudar de alguma forma (Camila)*

Os discursos revelam que o existir no mundo do trabalho afastado da assistência direta aos pacientes pode reduzir a sintomatologia dolorosa, no entanto, afeta o emocional das trabalhadoras, já que as mesmas nem sempre estão preparadas para realizar outras atividades e o cuidar do outro se revela como uma atividade prazerosa.

O cotidiano das trabalhadoras é constituído por ambivalências de sentimentos geradores de conflitos, pois se por um lado, conseguem vislumbrar aspectos positivos no seu trabalho, por outro, relatam situações adversas que levam ao sofrimento e produzem estresse (Martins, Zeitoune, 2007).

Além disso, a trabalhadora com incapacidade pode equivocamente ser subestimada quando remanejada para executar tarefas que a seu ver são

simplistas, não relevando o seu potencial profissional, levando a não se reconhecer mais como trabalhadora de enfermagem.

Ser-no-mundo corresponde modo básico do ser humano existir, diz respeito às várias maneiras que o existir humano está possibilitado a viver. No modo de assumir-se ou perder-se, a existência só existe em si mesma (Heidegger 2010). Portanto, a trabalhadora que retorna ao trabalho após afastamento por DORT necessita se reconhecer em um novo ser-aí, com limitações, dores e dificuldades para executar muitas atividades inerentes ao processo de trabalho.

Ao conhecer o mundo-vida das trabalhadoras de enfermagem que retornaram ao trabalho após o afastamento por DORT, pude notar a necessidade que elas têm em demonstrar que são capazes de realizar todas as atividades, como se precisassem provar o tempo todo que são merecedoras desse retorno. Entretanto, ao executarem tarefas além de suas capacidades funcionais, novos afastamentos podem surgir, agravando seu estado físico e psíquico.

A evidência ôntica da afirmação de que sou eu que sempre sou a presença, não deve fazer pensar que, com isso, já se delineou o caminho de uma interpretação ontológica do que assim “é dado”, pois pode ser que o quem da presença cotidiana justamente não seja sempre eu mesmo (Heidegger, 2009).

Os discursos aqui trazidos evidenciam que as trabalhadoras de enfermagem que retornam ao trabalho após terem sido afastadas por DORT vivenciam um cotidiano sofrido, marcado por dores intensas, emprego de medicações e importantes modificações na sua rotina, com vistas aos tratamentos e redução da dor. Além disso, a percepção das limitações para atividades do processo de trabalho e para as atividades simples do cotidiano são agravadas por um ambiente de trabalho nem sempre preparado para recebê-las, tanto no aspecto físico quanto na dinâmica de trabalho.

Considerando que o ser-ai é essencialmente ser na presença de outros entes, onde o cotidiano das relações torna-se descritor do existir no mundo, apresento a seguir apresento a próxima categoria ***Experienciando a Solicitude e o Descuidado no retorno ao trabalho após afastamento por DORT***, que retrata o ser-com da trabalhadora que retorna ao trabalho após afastar-se por DORT.

5.2.2 Experienciando a Solicitude e o Descuidado no retorno ao trabalho após afastamento por DORT

O cotidiano de limitações do ser-aí que retorna ao trabalho após adoecer por DORT é agravado pela falta de preparo da instituição e do serviço para receber a trabalhadora de forma gradual e cuidadosa, havendo um desencontro das necessidades entre a trabalhadora e o serviço.

Infelizmente, a realidade brasileira ainda apresenta lacunas nos programas de retorno ao trabalho e invariavelmente, os trabalhadores são submetidos às mesmas condições que provocaram seu adoecimento, tornando o processo árduo e sofrido que muitas vezes se encaminha para a incapacidade definitiva do trabalhador.

O mundo laboral vivido da trabalhadora de enfermagem é permeado de relações, sejam com seus pares, os pacientes e seus familiares, a chefia e demais profissionais envolvidos direta e indiretamente no meio hospitalar.

Segundo Heidegger o ser-com é constitutivo fundamental do ser-no-mundo, pois o mundo é sempre o mundo compartilhado com os outros, mais especificamente, o como me relaciono, atuo, sinto, penso, vivo com os meus semelhantes – o ser humano – portanto, o existir com os outros. Enquanto ser-com, a presença “é”, essencialmente, em virtude dos outros. Para tanto, o modo de ser-

com também está presente mesmo diante de um não voltar-se para os outros, da crença de não precisar do outro ou quando os dispensa (Heidegger, 2009).

A trabalhadora de enfermagem envolta em seu trabalho, ao lidar com as reais potencialidades do seu corpo e suas limitações, reconhece a necessidade de auxílio de outros colegas de trabalho, conforme destacado nos discursos a seguir:

> *...Nem sempre dá pra dividir... é complicado... tá todo mundo ocupado (...) E assim depender dos outros é muito ruim. Se você trabalha num lugar que não depende das pessoas, até vai, mas depender dos outros é muito ruim (Bianca)*
>
> *... eu não quero ouvir falar que: ela está ganhando nas minhas costas... depender do outro colega de serviço... (Diana)*

Esta dependência do outro, mesmo para sermos sozinhos, é existencial. Portanto, cada trabalhador de enfermagem em seu trabalho hospitalar depende de outro, ainda que indiretamente, para executar suas tarefas e viver neste ambiente. No entanto, muitos colegas que estão inseridos na equipe, reagem com manifestações de preconceito, quando notam as limitações físicas e/ou dificuldades que a trabalhadora apresenta ao retornar ao trabalho, tornando ainda mais difícil o recomeço:

> *... e aí a escala (...): ah a fulana não pode ficar com este paciente, porque não sei o que, porque é muito pesado, aí fica aquele negócio, sabe? (...) E aí depois, mesmo se a escala fica daquele jeito, com paciente pesado, aí eu tenho que ficar dependendo das colegas para ficar ajudando, entendeu? ... e conviver... conviver com isso infelizmente, conviver com as pessoas, assim, pedindo, fazendo algo por elas na mesma hora, ajudando... não é fácil... é muito difícil... é muito chato... (Elza)*

Existe uma modificação da percepção que os trabalhadores adoecidos têm de si e do mundo, somado ao preconceito enfrentado por não mais corresponderem ao que anteriormente era realizado de modo corriqueiro, ao medo de enfrentarem essa situação, que muitas vezes abarca um diagnóstico impreciso e não aceito (Sanches et al., 2010).

Um dos maiores obstáculos enfrentado pelo portador de DORT é a invisibilidade da doença, fazendo com que o sujeito tenha descrédito em relação as suas queixas. Neste aspecto, a idéia de provar para os outros que aquilo é realmente verdadeiro faz parte do cotidiano dos trabalhadores (Neves, 2006).

As trabalhadoras relatam a difícil relação que têm com os colegas de trabalho, pois à medida que precisam cumprir a escala diária, no intuito de ter auxílio para a realização dos cuidados aos pacientes, elas também precisam colaborar com as atividades realizadas pelos colegas, para só então serem compreendidas e ajudadas.

Quando existe um relacionamento com o outro de uma maneira envolvente e significante, dá-se a solicitude, constituída pela consideração, por tudo o que foi vivenciado e experenciado com o outro, e pela paciência, algo que espero que possa vir a acontecer com o outro. Diante disto, a solicitude funda-se na constituição de ser da presença enquanto ser-com. As características da solicitude não são princípios morais, mas existenciais (Heidegger, 2009).

A solicitude ou cuidar do outro acontece por duas maneiras extremas. De um lado, é dada quando possibilita ao outro assumir seus próprios caminhos, crescer, amadurecer, encontrar-se consigo mesmo e ajudar o outro a tornar, em sua cura, transparente a si mesmo e livre para ela. Do outro lado, de uma maneira deficiente, pode mostrar-se como forma de dominação, manipulação ou fazer tudo pelo outro, o que pode tornar o outro dependente e dominado mesmo que esse domínio seja silencioso e permaneça encoberto para o dominado, caracterizando

o descuidado, assim como, as maneiras de indiferença, apatia e competição (Heidegger, 2009).

Na dinâmica do processo de retorno ao trabalho, a trabalhadora de enfermagem tem experenciado os dois extremos da solicitude, do cuidado com o outro, nos diferentes relacionamentos no ambiente laboral, como se pode perceber a seguir:

> *Não, os meus colegas foi super tranquilo... tranquilo... os meus colegas ajudam... as vezes quando tem que encaminhar paciente, eles ajudam, quando tem que puxar, né, então assim, eu não tive problema com colega não (Fátima)*

> *A equipe trabalha bem, este é o problema, a equipe trabalha bem, então, não dá pra pensar... Eu tenho medo de encontrar uma equipe que não, que não acerte comigo, mas o pessoal da equipe entende, às vezes, as meninas falam ah não faz isso, (...) não pega isso, presta atenção! As próprias meninas entendem (...) Às vezes elas ficam me policiando, de olho com que eu tô fazendo, e ficam... elas que põem restrições a mais em mim que eu deveria, entendeu? Não faz isso, não sei o que... elas que ficam me brecando (Bianca)*

Nestes relatos, as trabalhadoras vivenciaram formas de cuidados autênticos, visto que, o outro zela pelo seu bem estar e sua integridade, com a finalidade de evitar o agravamento de suas doenças ou novas lesões. Esta condição também poderá ser encontrada no relacionar-se com a chefia, quando a mesma reconhece na trabalhadora, um ser de possibilidades, apesar das limitações que os DORT impõem, como nos trechos que seguem:

> *... até que (...a chefe imediata...) me chamou junto com (...a chefe mediata...)... eu acabei me isolando dos meus colegas... e ela chegou à conclusão que eu tinha que fazer um, uma lista de tarefas naquilo que eu, que eu iria acabar conseguindo fazer, sem me estressar, sem ter que*

> *ficar mais debilitada, sem ter que ter um outro afastamento e sem entrar em conflitos com os colegas e nem os colegas continuar me massacrando, entre aspas. Porque estava sendo muito difícil mesmo a convivência aqui (Camila)*

> *A chefia é bom o relacionamento, eu sei que o fato de vir para cá não depende delas, entendeu? São as chefias superiores, eu acho que elas tentam se adaptar com as minhas limitações, nem sempre isto acontece, eu me sinto sobrecarregada, mas eu acho que, a chefia tenta ajustar a escala para não me sobrecarregar, nem sempre isso é possível pra elas, entendeu? ... mas eu acho que elas tentam adaptar a escala melhor, de uma forma que não me sobrecarregue, mas nem sempre isso acontece... (Bianca)*

Programas Internacionais de Retorno ao Trabalho estão baseados numa integração multiprofissional entre médico do trabalho e supervisores, destacando a relevância do papel do supervisor do trabalhador para a construção de soluções que minimizem as cargas de trabalho e facilitem o retorno do trabalhador (Lambeek et al., 2009).

Um estudo europeu realizado nos Países Baixos, envolvendo 926 trabalhadores que estavam afastados do trabalho pelos menos entre 6 a12 semanas por motivo de doença, revelou que uma atitude de trabalho positiva, associado com a presença de apoio social e um alto nível de auto-eficácia foram todas positivamente associado com um menor tempo para o retorno ao trabalho (Brouwer et al, 2010).

Os programas de retorno ao trabalho para indivíduos com lesões musculoesqueléticas têm recebido muita atenção em diversos países, desde a década passada, onde o elemento chave para o sucesso dos mesmos é a minuciosa previsão das atividades a serem executadas pelo trabalhador, que em geral deve ter uma redução importante das cargas de trabalho e um aumento gradativo de acordo com sua capacidade laboral (van Dujin, Lotters, Burdorf, 2005).

Concernente com a literatura, muitas trabalhadoras atribuem a solicitude também ao médico do trabalho, pois este, a medida do possível, tem buscado amparar as trabalhadoras nesta travessia, ao auxiliar que estas encontrem seus próprios caminhos, como pode ser percebido nos trechos a seguir:

> *... mas depois que, quando o médico colocou que eu estava apta a voltar para a enfermagem com restrição de peso, eu me senti aliviada (...) No meu caso assim meu médico deu uma carta pra fazer uma transferência minha pro outro andar, pra que pudesse ter um trabalho mais leve, tipo coleta, os exames, alguma coisa mais leve (Ariane)*
>
> *Quando eu voltei da primeira vez, daqueles cinco meses que eu comentei, o médico que falo: a instituição tem a obrigação de te readaptar, pode voltar a trabalhar (Bianca)*
>
> *Olha, eu sempre fui atendida bem, assim... sempre me respeitaram muito. Os médicos sempre me ajudaram... quando eu estou com dor eles me afastam para mim repousar, até porque eu sinto muita dor. E eles fazem o possível para me ajudar. Eu não posso me queixar de médico aqui (Camila)*

A chefia de enfermagem também aparece como uma pessoa que compreende a questão do adoecimento, buscando diálogo e acolhendo a trabalhadora que retorna ao trabalho. O remanejamento de horários e entendimento quanto a necessidade de se ausentar para realização de tratamentos é um fator que colabora para o processo de retorno, evidenciando a solicitude:

> *A minha chefia ela é bem, ela é... a minha chefe ela tenta acolher o funcionário, ela entende... ela tenta ajudar da melhor maneira, sabe?(...) Ela é humana, então, ela sempre está conversando comigo, sempre está me apoiando, sempre está perguntando para mim como eu estou me sentindo. Sempre está me ajudando nas minhas consultas, sempre deixa o horário para mim... respeitando o horário das minhas*

> *consultas, do meu tratamento... E às vezes ela já me pegou chorando, ela já viu o meu sofrimento. Então ela se sente responsável também (Camila)*

A abertura para o entendimento das condições de trabalho e o processo de adoecimento propicia que o trabalhador e às instituições de saúde identifiquem os problemas, suscite discussões com gerentes e trabalhadores, para então, implementar mudanças no processo de trabalho que favoreçam a saúde destes e a melhor qualidade na assistência (Mauro et al., 2010).

A convivência cotidiana e mediana de um com o outro é caracterizada por modos deficientes de solicitude, como o ser por outro, contra o outro, sem os outros, o não se sentir tocado pelos outros. Portanto, numa primeira aproximação e na maior parte das vezes, a presença se mantém nos modos deficientes de solicitude, contudo, subsiste ontologicamente uma diferença essencial entre a ocorrência "indiferente" de coisas quaisquer e o não se sentir tocado dos entes que convivem uns com os outros (Heidegger, 2009).

Antagonicamente, a trabalhadora de enfermagem tem em seu mundo vivido representações de diferentes formas de descuidado do outro, ou seja, por parte dos colegas de trabalho, da chefia e até mesmo do médico de trabalho, pessoas que a trabalhadora poderia depositar confiança, mas que muitas vezes, agem têm de maneira indiferente, apática e até mesmo no modo da falta:

> *Mas antes eu tive muita resistência pelos próprios funcionários em si, né? Porque quando você... quando a gente volta do acidente as pessoas que tão com você já ficam com medo de estar com você, com medo de acontecer... o acidente, entendeu? (Ariane)*

> *... da parte da chefia, assim, ninguém levou a sério essa transferência e me manteve aqui e aí pros outros colegas funcionários que você tá trabalhando acham que... que é meio que proteção de chefia, por isso que você está no andar e aí você não pode pegar peso, só que... te*

> *olham torto... quando eu voltei, eu fiquei eu acho que umas duas semanas na enfermagem, aí quando houve tudo isso, essas caras e bocas, aí me colocaram ... pra trabalhar no administrativo (Ariane)*

A trabalhadora de enfermagem vê o seu viver sem possibilidades perante tantos comportamentos que divergem do modo da solicitude. Estas situações são compostas por fatores que podem contribuir para o fracasso do processo de retorno ao trabalho e pode tornar o outro dependente, se submetendo à condições inadequadas de trabalho:

> *Aí você vai pra casa, ninguém entende porque você tá com dor, e também eu tenho medo de pedir transferência, não sei quem, onde é que eu vou trabalhar, não sei que chefia que eu vou ter, não sei até quando vale a pena arriscar para pedir transferência para sair daqui... tô pensando... porque... é difícil... poderia ser diferente... (Bianca)*

Os aspectos psicológicos e individuais têm grande relevância no processo de retorno ao trabalho, assim com os fatores sociais, econômicos, médicos, reabilitação, local de trabalho, sistemas de beneficio e grau de escolaridade (Silva, Guimarães, Rodrigues, 2007).

Para o sucesso do retorno ao trabalho, a literatura internacional aponta que é de suma importância que a equipe de saúde que faz o atendimento ao trabalhador possa discutir juntamente com os supervisores as modificações nas tarefas a serem executadas. Estudos evidenciam que 50% da redução dos dias perdidos ocorrem quando há mudanças nas atividades para o trabalhador que está retornando e salientam a importância desta integração para a manutenção da saúde física e mental dos trabalhadores (Soklaridis et al., 2011; van Dujin, Lotters, Burdof, 2005).

Recente estudo destacou as dificuldades de inserção e aceitação do trabalhador e do empregador em regime de retorno parcial ao trabalho, pois era

difícil para a chefia contemplar a restrição do trabalhador, já que este não era capaz de exercer todas as tarefas. Esta situação era geradora de conflitos com os demais colegas e transtornos na distribuição de tarefas por parte da chefia, que encontrava dificuldades de lidar com a equipe e com a demanda de trabalho (Vieira et al., 2010).

Os relatos colhidos com as trabalhadoras trazem à tona o cuidar deficiente, marcado por indiferença e falta de zelo. Embora compartilhem o mesmo mundo da vida, integrem a mesma equipe de trabalho e suas atividades profissionais tenham o foco no cuidado do outro, quando se trata de cuidar do colega, a solicitude deficiente aparece, constituindo-se mais um obstáculo para o retorno ao trabalho:

> *Bom, para mim foi difícil voltar porque a gente sofre muita discriminação por parte dos colegas. ... porque eles te olham por fora, né? No começo para mim foi difícil porque eles vêem que você está com o corpo, a sua aparência física, como você está por fora. Mas não entendem como você está por dentro. E isso acaba... é... acaba te prejudicando porque vai te destruindo muito psicologicamente (Camila)*

> *... talvez eu estivesse sobrecarregando esta pessoa, não sei, e ela achou ruim comigo um dia, falou que eu não estava dando conta do serviço... sei lá... eu até chorei de nervoso porque, é... porque tudo me ajudava, mas depois ficava naquela de ficar falando, com uma cara feia. Isso é muito chato, muito desagradável (Elza)*

O discurso evidencia mais uma representação do descuidado, do modo deficiente da solicitude, em que o outro, o seu par, avalia a trabalhadora como ser incapaz.

Nesse sentido, quando o serviço está frágil no que se refere à compreensão do retorno ao trabalho, os supervisores nem sempre são envolvidos

e tendem a julgar a trabalhadora que retorna com restrições e/ou limitação de tarefas, como alguém que vai “se encostar” na equipe, conforme evidencia o relato a seguir:

> *Você tem assim, às vezes, um pouco de dificuldade com a chefia, porque assim, o chefe acha que você volta com uma restrição, que na verdade, você vai se encostar nos colegas... e não é verdade isso!... (Fátima)*

Esses conflitos são previsíveis e solucionáveis quando o hospital dispõe de um canal de expressão livre e acessível a todos os agentes (Lima Júnior, Alchieri, Maia, 2009).

A consideração e a paciência podem acompanhar os modos deficientes e indiferentes correspondentes à solicitude, até a total desconsideração e à tolerância, que guia a indiferença (Heidegger, 2009). O relato a seguir revela a indiferença sentida pela trabalhadora de enfermagem:

> *...quando eu retornei esta última vez eu fiquei muito mal, sabe? porque o problema foi o médico, o médico do trabalho (...)... assim... muito... como eu diria... não sei explicar.... depois de um mês que eu voltei, ele me chamou lá e falou: eu vou tirar a sua restrição porque se é assim todo mundo aqui tem restrição, como que o hospital vai trabalhar, porque todo mundo tem restrição. Falou muito para mim, ele não me deixava falar...*
>
> *mas foi muito chato, muito desagradável, muito. A pessoa dizer que você não tem nada, (...)sendo que você sente dores... é porque não está na pele dela, né... não está na pele dele... não foi com alguém da família dele... que foi horrível. Nunca mais passei com ele. Graças a Deus! (Elza)*

A forma como se dá o modo de produção capitalista contribui para a exploração e à precarização do trabalho, à alienação, à produção e aos sindicatos pouco atuantes. Este cenário laboral imposto tem repercussão na coação, medo, pressão, exploração e submissão a que são submetidos os trabalhadores, sujeitos as horas extras, ausência de pausas, sobrecarga e repetição (Sanches et al., 2010).

Outras vezes, o descuidado não está no outro, pois o outro se encobre atrás dos outros, já que a presença, enquanto convivência cotidiana está sob a tutela dos outros. Neste sentido, não é ela mesma que é, os outros lhe tomam o ser, e o impessoal pertence aos outros. Sendo assim, o quem não é este ou aquele, nem alguns e muito menos a soma de todos, pois é o neutro, o impessoal (Heidegger, 2009).

Sob esse enfoque, o sofrimento permanece silenciado e só aparece na forma de doença, com a transformação dos sinais e os sintomas, e a esperança de melhorar se acaba. O trabalhador não tem outra saída senão buscar auxílio, momento este abarrotado de ansiedade e angústia. Contudo, a forma como esta relação se dá, pode gerar sérios transtornos emocionais, como vergonha e sentimento de culpa, principalmente, quando existe uma banalização dos problemas apresentados. Assim, o presenteísmo é vivenciado pela coação que se exerce contra aqueles que apresentam algum problema de saúde, em detrimento da própria (Silva, Oliveira, Souza, 2011).

O impessoal está por toda a parte, e principalmente, quando a presença exige uma decisão, porque o impessoal retira a responsabilidade de cada presença, de cada ser humano, em sua cotidianidade. Desta forma, pode-se assumir tudo com a maior facilidade e responder por tudo, já que não há ninguém que precise responsabilizar-se por alguma coisa, assim, o impessoal vem ao encontro da presença na tendência de superficialidade e facilitação (Heidegger, 2009).

> *Não tem um cuidado, não tem um cuidado especial. Às vezes até acha que... parece que... não sei... dá a impressão que está irônico, alguma coisa assim. Não é todas às vezes, mas... é um pouco chato, sabe. Eu infelizmente, eu vejo isso. Não vejo aquela preocupação, de jeito nenhum... assim... nem pergunta como é que você está. Só eles veem que a pessoa está passando mal mesmo, né, assim, está muito ruim, aí... também está na cara de todo mundo, né... (Elza)*

As abordagens administrativas fornecem meios paliativos para administrar as consequências inerentes à precarização do trabalho basicamente por meio do gerenciamento do estresse, além de deslocar o foco dos problemas estruturais intrínsecos aos métodos produtivos para o sujeito, a culpabilização do trabalhador (Finazzi-Santos, Siqueira, 2011).

Assim sendo, o outro pode esconder atrás da impessoalidade ao acreditar que não tem responsabilidade sobre o trabalhador com DORT, transferindo o encargo para os outros, que não estão claramente denominados, conforme o trecho:

> *Eu vejo assim, quando eu tô com dor ou quando tá em crise, tudo eu vejo que ali... é... ajuda, compreende, sabe? Faz de tudo para amenizar aquele momento, mas as providências não é tomada, a transferência estou esperando até hoje, sendo que eu sei que tem... (Ariane)*

A trabalhadora aguarda uma transferência que fora outrora prometida, mas que agora está esquecida. O impessoal acomoda a todos que dele participa e que estão perdidos de si mesmo ali. Nas organizações, o outro fica disperso, protegido e acomodado e é submetido à uniformidade e mediocridade. Desta forma, ninguém em especial é responsável e o ser humano se torna apenas um número ou uma parcela (Heidegger, 2009), como revelam as trabalhadoras:

> *Da instituição... eu não espero nada da instituição. Se acontecer alguma coisa eu vou ficar feliz, mas esperar alguma coisa... eu não*

espero não. Porque o acidente aconteceu em (...) e eu já tenho restrição desde (...)... três anos... se em três anos eu ainda não fui remanejada, então o que vier é lucro, né? Então eu não espero porque eles todos sabem, a diretora de enfermagem sabe, o médico do trabalho sabe... e tudo isso é muito burocrático. E burocracia no Brasil demora muito... (Camila)

Uma instituição tão grande como é, deveria enxergar isso melhor e fazer um programa, colocar as pessoas que, por exemplo, pessoas que tem mais idade, sabe colocar num setor mais leve... mas não, é tudo ali, é tudo junto, é tudo... não sei, eu acho que não muda... a política do hospital é essa e eu acho meio complicado de mudar... parece que... eles olham só para frente, assim sabe, nada de lado, mais ou menos assim (Elza)

Sinceramente, eu não esperava nada... não esperava nada... sempre tive os pés no chão. Porque na verdade a instituição quando você está bem, pode ser vinte, trinta anos... você é uma boa funcionária. A partir do momento que você adoece que você precisa tirar licença e ficar em casa, na verdade, você é descartada (Fátima)

Os discursos denunciam a fragilidade do Programa de Retorno ao Trabalho institucional e a sensação de desesperança das trabalhadoras de enfermagem em relação ao hospital e a melhoria de condições para o processo de retorno ao trabalho. Chama a atenção das mesmas, o fato de estarem dentro de uma instituição com um número razoável de trabalhadores e não existir um programa adequado que contemple as necessidades reais do trabalhador que adoece e retorna ao trabalho.

Com vistas a superar o modelo médico vigente em nosso país, existem propostas de Programa de Reabilitação Profissional, fundadas na terapêutica multidisciplinar e numa abordagem dos aspectos psicológicos e sociais do afastamento por DORT, que objetivam viabilizar a reabilitação funcional do

trabalhador visando o retorno precoce ao trabalho. Essas ações podem ser reconhecidas com a atuação dos Centros e Núcleos de Reabilitação Profissional, de maneira ainda tímida e regionalizada (Takahashi et al., 2010; Mininel, 2010).

No retorno ao trabalho após afastamento por DORT, o outro tem grande importância neste processo, pois diante das mudanças ocorridas na e com a trabalhadora, este pode se revelar um ser de solicitude, que a guia para o sucesso ou um ser de descuidado que contribuirá para o fracasso. Diante de todos os sentimentos e as transformações do seu mundo-vida, a trabalhadora se depara com as suas fragilidades, próprias do ser humano, e neste momento, ela se percebe como um ser para o fim, um ser finito, o que a conduz a experienciar a angústia, a próxima Unificação Ontológica a ser apresentada.

5.2.3 A Angústia do retorno ao trabalho após afastamento por DORT

O cotidiano da trabalhadora de enfermagem que retorna ao trabalho após afastamento por DORT está repleto de sentimentos que outrora não fazia parte da sua vivência. Esses sentimentos estão intimamente relacionados com a forma que convive com sua incapacidade, e todas as modificações que esta impôs ao seu ser-aí. Sente que está diferente e que nada é mais como antes.

Esta situação descreve a angústia, definida por Heidegger (2009) como uma disposição afetiva que reúne as condições necessárias para realizar a abertura do *Dasein* para si mesmo, para um sentido originário do ser. Deste modo, a angústia abre o ser-aí para o seu ser-possível, para aquilo que ele pode ser a partir unicamente de si mesmo.

Ao retornar ao trabalho, as trabalhadoras de enfermagem se aproximam da realidade imposta ao ser-aí, a realidade das limitações e da

incapacidade. A exigência de executar atividades inerentes à assistência, os enfrentamentos com o grupo, a aceitação da chefia, e a sua própria aceitação de que a doença trouxe repercussões a sua vida pessoal e profissional fazem emergir nas trabalhadoras uma náusea ontológica.

As demandas psicossociais como o ritmo acelerado associado à alta demanda psicológica e baixo controle são fatores citados na literatura especializada como desencadeadores do DORT ou responsáveis pelo seu agravamento (Fernandes, Assunção, Carvalho, 2010; Magnano, Lisboa, Griep, 2009).

Estudo realizado com trabalhadores de enfermagem brasileiros identificou que a supervisão ocorre sob constante pressão para a execução das tarefas em determinado ritmo, sem suporte, orientação ou articulação dos processos para realizá-las, não estando associada à promoção de comportamentos para melhor desempenho entre os trabalhadores (Mininel, Baptista, Felli, 2011). Assim, a inserção da trabalhadora num ambiente laboral com essas características desvela sua fragilidade e incapacidade para realizar uma série de atividades e certamente, a não correspondência às exigências do mercado de trabalho, o que conflita com sua necessidade de ser útil socialmente, no mundo da vida, gerando a angústia existencial.

Na angústia as coisas vão perdendo sentido, determinação e vão entrando num estado de indiferença. A experiência da angústia desfaz a familiaridade, o sentimento de acolhimento, de repouso no lar e lança o ser-aí na estranheza (Heidegger, 2009). Estes sentimentos podem ser identificados nos trechos que se seguem:

> *Eu acho que com tudo que já... que já aconteceu mesmo... às vezes a gente pára para pensar e vê que... por esse problema de saúde eu acho que enfermagem já não serve mais pra minha pessoa, entendeu? Então, tanto que faculdade de enfermagem, coisas relacionadas à enfermagem, eu vejo que já não dá para mim, isso já me limita, então...*

> *planos já meio que se... de vez de ir pra frente tá regredindo, entendeu? De frustração, né? De frustração por você não... não... não avançar, né? E sim, ou estacionar ou regredir... na área (Ariane)*

> *Mas você voltar (...) de um acidente de trabalho com restrição sendo auxiliar de enfermagem e ter tantas restrições como eu tenho e não exercer a sua profissão é muito doloroso, sabe? Porque é uma sensação horrível. É muito ruim você ter uma profissão e não poder exercê-la quando você está dentro dela (Camila)*

A angústia para as trabalhadoras é sentida tão intensamente que desperta a vontade de não mais permanecerem na área de enfermagem, em desacordo com seus planos anteriores. A experiência do retorno faz tudo parecer indiferente e estranho, e a percepção de que já não é mais a mesma, revela a fragilidade existencial.

A incapacidade para o trabalho causa sofrimento pessoal aos trabalhadores e suas famílias, somado a isso, as representações da doença são fatores que podem influenciar o retorno ao trabalho (Dekkers-Sánchez et al., 2010).

O trabalho de enfermagem imprime um ritmo acelerado de atividades, marcado por rodízio de turnos, execução de posições incômodas, carregamento de peso pela manipulação de pacientes dependentes, além de uma carga psíquica relacionada à organização do trabalho e ao processo de cuidar (Mininel, Baptista, Felli, 2011). Os discursos apontam que a trabalhadora que se afastou por DORT e retorna ao trabalho, sente-se desmotivada e incapaz de prosseguir na área de enfermagem diante de todas as dificuldades enfrentadas, o que provoca sentimentos de frustração e revela a ausência de perspectivas para si, descartando a possibilidade de ascensão profissional.

Num estudo realizado com uma trabalhadora de enfermagem portadora de Lesão de Quervain, as autoras descrevem que ao se afastar do trabalho o

sujeito perde sua identidade e passa a vivenciar a sensação de incapacidade e improdutividade, pois pelo trabalho ele se torna relação, exercita seu saber, sente-se valorizado. Ainda relatam que, o agravamento da doença também fez emergir na trabalhadora, a sensação de que jamais poderia exercer a sua profissão novamente, gerando um sentimento intenso de incapacidade, momento em que a trabalhadora experimenta a angústia (Leite, Merighi, Silva, 2007).

Para Heidegger (2009) é na angústia que nos damos conta que somos finitos, seres com fragilidades e limitações, portanto, que somos ser-para-a-morte. Estas considerações que a angústia nos faz angustiar é como certa desordem na ordem que acreditamos que tenha a nossa vida cotidiana, contudo, essa desordem tem em vista a possibilidade de reconduzir o Dasein a si mesmo, ao fato originário de que ele é ser-no-mundo.

Nesse sentido, a trabalhadora que retorna ao trabalho passa a fazer considerações não apenas sobre suas potencialidades profissionais como pessoais, o que a leva a aprofundar-se em si, e rever o seu mundo-vida:

> *... então é uma situação que é difícil você entender, você com 34 anos, não é? Você com a vida toda pela frente e você está restrita, você quer fazer e você não tem forças para fazer. Você quer... é como... você quer lutar mas você não tem forças para lutar. E é difícil agora estar assim, e às vezes eu paro, e penso, e vejo, e olho, e falo: Meu Deus que ponto que eu cheguei. Por quê? Porque que aconteceu tudo isso? (Camila)*

Assim, esse caminhar das trabalhadoras experienciando as limitações, as dores constantes e de difícil tratamento, a necessidade de serem aceitas no ambiente laboral compõe o cenário do retorno ao trabalho após afastamento por DORT e as desafiam refletir sobre a vida. É neste repensar que elas mergulham na angústia e projetam-se num futuro incerto, permeado de incertezas e perspectivas:

> *É uma sensação de perda o tempo todo, é um luto. É um luto de um velório todos os dias. E é horrível você estar velando um defunto todos os dias, e saber que ele não vai ser enterrado, né? (Camila)*

> *Aí eu não sei até quando, até que ponto eu vou aguentar, entendeu?... Trabalhar aqui... Ser enfermeira assistencial. Não pego peso, mas às vezes não dá, tem certas coisas (...). Não tem nenhuma perspectiva, não! (Bianca)*

As incertezas do mundo da vida e a certeza de ser-para-a-morte, características da angústia são expressas nos trechos apresentados anteriormente, quando as trabalhadoras relatam a incapacidade, a impossibilidade muito latente de permanecerem na profissão, e o sofrimento, que parece nunca ter fim, equiparando o fato a uma perda profunda, a um luto que nunca acaba.

O sofrimento relacionado à improdutividade e a sensação de inutilidade social descrito pelas trabalhadoras do presente estudo é retratado em outras pesquisas realizadas com trabalhadores portadoras de DORT, onde as dores e a incapacidade para o trabalho e para as atividades do cotidiano fazem com que se sintam desgastadas, inúteis e com poucas perspectivas em relação a sua vida no futuro (Leite, Merighi, Silva, 2011; Neves, 2006).

Um estudo dinamarquês refere que o retorno ao trabalho deve ocorrer de maneira gradual, flexibilizando os horários, e somente quando a capacidade do indivíduo melhora, a carga horária deve ser aumentada, até que o trabalhador seja capaz de cumprir a carga horária regular de novo (Hogelund, Holm, McIntosh, 2009).

Observei que diante da impossibilidade de atender às expectativas da equipe a que foram reintegradas, amplifica-se a sensação de perda, de instabilidade e incerteza, o que pode ser percebido nas falas a seguir:

> *E meio que rejeitada. Porque você já tá... você já tá frágil pela doença, pelo tempo de afastamento (...) por isso e aí contam com você na escala, você não pode cumprir seu papel de auxiliar de enfermagem, é... o papel todo... integral de enfermagem por estes motivos e aí você se sente até meio que inferior (Ariane)*

> *Não foi fácil não!! Isto é trabalho de muitos e muitos anos. Aceitar isto, aceitar que realmente seu corpo ele não é mais como era há até pouco tempo, há 5 anos atrás... (Diana)*

> *..e eu ia me sentindo muito mal e foi ficando cada vez mais difícil, por ver que eu estava ficando cada vez mais deprimida, mais triste... porque eu sentia dores e eu chorava, e eu ia para o banheiro, eu ia para os cantos..... (Camila)*

O impacto das expectativas e crenças sobre o resultado da saúde é cada vez mais reconhecida, pois podem influenciar na avaliação das habilidades de enfrentamento desta nova condição, ocasionando sentimentos de sofrimento intenso e angústia (Hepp, 2011).

O desejo de executar as tarefas como antes do adoecimento e a percepção de que não é mais possível ser “a mesma” são características presentes na angústia, como vemos nas falas a seguir:

> *Foi muito difícil, né, porque (...) você tem que provar a todo o momento que você é capaz de voltar (Fátima)*

> *Para mim foi bem difícil porque eu queria ajudar mais, fazer mais e não conseguia porque... minhas limitações... (Camila)*

> *... é muito difícil ficar também na caixa... então a gente tem que ir tentando... tem que ir trabalhando devagar, pedindo a deus que ajude... não é fácil... (Elza)*

O retorno ao trabalho após adoecimento exige novos tempos para realizar as atividades, o controle sobre as condições de trabalho, modificação da carga horária, e principalmente, o apoio da instituição, que conduz o trabalhador a permanecer envolvido com seu local de trabalho, é de importância crucial durante o processo de retorno ao trabalho (Dekkers-Sánchez at al., 2010).

Considerando que no cenário investigado, não há um Programa de Retorno ao Trabalho, as trabalhadoras de enfermagem vivenciam todas as dificuldades inerentes a esse processo, experienciando toda a fragilidade do existir com dor, limitação e incapacidade para ser quem sempre foi no ambiente laboral.

Quando a trabalhadora compreende que é um ser finito, com consciência de suas limitações e fragilidades, passa a refletir sobre seu próprio existir, pois a angústia retira a trabalhadora das ocupações e distrações do mundo e leva a buscar compreender a si a partir de si (Heidegger, 2009).

Diante da finitude, ao compreender que é um ser-para-a-morte, a trabalhadora pode repensar sua presença no mundo, repensar sobre sua real condição, o que a faz estar mais próxima da compreensão da sua existência, conforme evidenciam os relatos:

> *Não, você não pode fazer mais nada... aqui eu não posso encher a bomba de contraste (...) porque os braços ficam para cima para você encher, né, e colocar... eu não consigo mais. Os meus braços se eles ficam mais de alguns minutos para cima eu sinto fraqueza, começo a tremer, né, eu tenho... eu não tenho mais força, né (Fátima)*

> *Mas eu não sei até quando isso vai durar.... só que eu não tenho mais condições físicas, entendeu? (...) chega uma hora que você pára, é como, você tem que ter consciência das suas limitações, então você tem que, quando vai fazer uma coisa tem que pensar não posso, porque você vai e faz, tipo, eu tenho condições, eu vou e consigo vai, empurrar uma maca com paciente só que talvez eu não chegue no elevador entendeu? (Bianca)*

A trabalhadora se percebe com incapacidades que não permitem a execução das tarefas diárias, no entanto, lhe é despertado a sua potencialidade transformadora que inclui, igualmente, sua vinculação político-social, sua capacidade de refletir sobre a prática diária, de agir como sujeito no cotidiano de seu trabalho e, ainda de estabelecer relações no e com o trabalho (Azambuja et al., 2010).

Quando a trabalhadora faz o exercício de reconhecer a si mesma com suas limitações físicas e assume a convivência com elas, gera uma possibilidade para alcançar sua autenticidade. Assim, ocorre a verdadeira possibilidade de virada da existência humana, a possibilidade de o homem sair da inautenticidade, na qual ele geralmente vive, e assumir a sua autenticidade (Heidegger, 2009).

Neste sentido, na tomada de consciência da finitude, abrem-se caminhos para as trabalhadoras de enfermagem, o da autenticidade e da inautenticidade como possibilidades de seu ser, e assim, elas descobrem-se, livres para transcender o retorno ao trabalho e redesenhar seus caminhos, como descrevemos na categoria a seguir.

5.2.4 O poder-ser próprio da trabalhadora de enfermagem que retorna ao trabalho após afastamento por DORT

Para Heidegger (2009), o *Dasein* é sempre, até o fim, um ser de possibilidades, neste sentido, a trabalhadora ao retirar-se do impessoalmente si mesmo para o ser-si-mesmo de maneira própria, se abre para novos sonhos e novas oportunidades.

A trabalhadora de enfermagem que retorna ao trabalho após adoecer por DORT ao aceitar que é ser portadora de uma doença crônica e incapacitante, enquanto possibilidade de existir em sentido mais próprio, reaprende a conviver com a presença da limitação física e as restrições provenientes desta:

> *... você se cuida mais, mas assim, você não deixa de fazer... você se cuida mais, né, isso primeiro precisa ser a sua consciência. Você sabe que você tem que se respeitar. Hoje eu respeito mais o meu corpo (...) você tem que acabar convivendo com a sua lesão, né, não tem mais jeito a lesão, né, então assim... (Fátima)*
>
> *Agora tá melhor... tá sendo fácil... é... se adaptar está sendo melhor (Ariane)*

E somente através da decisão que o *Dasein* retoma a si mesmo de dentro do impessoal, para poder proceder à escolha própria, e se abre para o poder-ser mais próprio, ou seja, o ser-livre para a liberdade de escolher e escolher a si mesmo, livre para as possibilidades mais próprias (Heidegger, 2009). Assim, a trabalhadora se abre às possibilidades, para um novo modo de existir, com consciência das modificações em seu corpo e em seu mundo-vida.

O processo de aceitação da existência da incapacidade é difícil, porém, o aprendizado é necessário para que o trabalhador possa lidar com esta nova condição (Varekamp, Krol, van Dijk, 2010).

Dessa forma, a trabalhadora consciente de que não é mais como antes, que suas habilidades físicas estão diferentes, recria o seu mundo laboral, implementando novas formas de atender as demandas do serviço, ou mesmo, deixando de executar atividades que podem comprometer a sua saúde, conforme evidenciado nos relatos a seguir:

> *É muito difícil porque você não tem mais a agilidade que você tinha.... assim você tem que procurar ver qual é a melhor forma que você tem para desenvolver o seu serviço devido o peso... (Diana)*

> *Ainda dou conta, mas não consigo continuar com o ritmo que eu tinha. Mas... você precisa tirar o pé do acelerador. Tem que frear um pouquinho e falar não! Não é mais assim! (Fátima)*

Ao reconhecer as suas limitações, o ser-aí consegue respeitar seu corpo e evita o agravamento de sua lesão, podendo ainda experimentar que continua sendo útil para a unidade, conforme relata a trabalhadora:

> *Eu não pego paciente em maca muito obeso e vou empurrar a maca, né? Não, se tiver que encaminhar paciente ou alguma coisa, o colega sempre vai junto ou se não tiver meus colegas, eu assumo o serviço do colega e ele vai levar o paciente. É mais assim, para empurrar e puxar paciente... pegar peso nos membros... o restante eu faço tudo (Fátima)*

Quando a trabalhadora verbaliza que “o restante ela faz tudo”, está tornando explícito que possui limitações, porém reconhece sua capacidade para fazer outras atividades.

Sabendo-se dos fatores relevantes que podem influenciar no retorno ao trabalho bem sucedido e da importância deste retorno para os trabalhadores, torna-se necessária a criação de programas efetivos que possam ser utilizados nesta população e que possibilitem o sucesso do retorno ao trabalho (Silva, Guimarães, Rodrigues, 2007).

Neste processo de mudança, as trabalhadoras percebem-se responsáveis pelo seu auto-cuidado e a manutenção da sua saúde, e assim, procuram respeitar os seus limites, em busca do não agravamento do DORT:

> *... eu tenho que cuidar para não piorar, pois se piorar eu tô... Ter as limitações, o cuidar é ter as limitações. Saber até aonde você aguenta (Bianca)*

> *Quando eu levanto assim de manhã, que assim eu estou travada, que não aguento trabalhar, que hoje eu não estou boa (...) hoje se eu não estou bem, eu não venho trabalhar (...) eu aprendi isto na terapia, a respeitar os meus limites. Tem que respeitar! Eu estou aprendendo isto... (Fátima)*

Aspectos como as características pessoais e a motivação para o trabalho podem ser considerados como importantes fatores de sucesso e pré-requisitos para a permanência no trabalho, resultando em comportamentos que promovam o retorno ao trabalho, tais como, a mudança nas estratégias do enfrentamento da dor, modificações na organização e nas condições de trabalho (Vries et al., 2011).

Observei nos discursos que, nesse caminhar rumo à autenticidade, as trabalhadoras inserem recursos no seu cotidiano, investindo em tratamentos que contribuem para a redução dos sintomas e melhoria da qualidade de vida, revelando o cuidado de si:

> *... procuro fazer hidroginástica duas vezes na semana, também faço fisioterapia (...) RPG já fiz. Tudo que possa melhorar a postura, que evite a dor (Elza)*

> *Eu faço hidroterapia... quando eu tô na fase aguda, faço fisioterapia, pilates... ... quando eu tenho as minhas dores, esses negócios, o que que eu faço: vou lá na água quente, coloco calor, faço alongamento, tomo as minhas medicações, saio daquela fase aguda...(Fátima)*

A realização de diagnóstico e tratamento adequado é fundamental para a resolução dos DORT e retorno efetivo ao trabalho. Observa-se, no entanto, que uma parcela significativa de trabalhadores não consegue se beneficiar do tratamento oferecido e perambula entre consultórios de médicos e clínicas de fisioterapia. Apresentam retornos transitórios ao trabalho e benefícios por incapacidade sem melhora clínica significativa ou até mesmo agravamento progressivo da incapacidade, seja por dor, limitação funcional ou transtornos emocionais secundários (Fernandes, Fernandes, 2011).

Os relatos evidenciam que as trabalhadoras percebem a necessidade de serem transferidas para unidades onde a carga fisiológica seja menor, ou seja, onde ocorra menor manipulação de peso, menor percurso de longas distâncias, considerando suas limitações e o não agravamento da lesão instalada. Assim, ao decidir por poder-ser próprio, a trabalhadora é conduzida a dar novo significado a sua existência e, deste modo, um novo horizonte se abre, como no relato abaixo:

> *Então, eu acho que com a transferência, nesse sentido de mudar de uma área... que seja mais leve, que não pegue tanto peso (...) estaria num lugar, na minha área, em que eu pudesse ajudar de uma forma que eu não sobrecarregasse tanto a minha saúde, entendeu? (...) com a transferência eu acho que seria... não uma saída pra... pelo o que eu tenho, mais seria... uma forma de amenizar o que eu sinto, vamos se dizer (Ariane)*

No processo de retorno ao trabalho, a trabalhadora identifica suas dificuldades pessoais e as limitações que o DORT impõe, e vislumbra uma transferência de setor, o que evidencia o reconhecimento da sua situação e o desejo de continuar exercendo sua atividade profissional em outros setores mais adequados.

A consciência do adoecimento e das limitações inerentes ao DORT é importante para o controle dos sintomas e da própria evolução da doença. Isso não significa que o trabalhador deve interromper suas atividades, mas, o retorno ao trabalho deve ser algo planejado institucionalmente e quanto mais precoce ele ocorrer, maiores são as chances do indivíduo se manter no mercado de trabalho e se realizar profissionalmente.

A literatura tem mostrado que quanto mais tempo o trabalhador se encontra incapacitado para o trabalho, maior a probabilidade de que ele não retorne às atividades, tanto por razões pessoais quanto por fatores relativos ao trabalho, neste sentido, o retorno ao trabalho o mais precocemente possível é positivo, pois evita o desgaste emocional e perdas pessoais para o trabalhador, bem como os custos gerados para o empregador e governos (Silva, Guimarães, Rodrigues, 2007; Waddell, Burton, Main, 2003).

Infelizmente essa realidade não ocorre no Brasil, uma vez que o retorno ao trabalho e a reinserção do trabalhador na atividade ocorre de maneira não planejada e abrupta, diante da ausência de programas eficientes que abarcam esta população. Além disso, a inexistência de um olhar mais atento sobre estes trabalhadores contribui para a ocorrência de longos afastamentos, sem a terapêutica necessária, reduzindo as possibilidades do retorno ao trabalho de maneira salutar, ou mesmo, quando o retorno ocorre, o trabalhador é reinserido nas mesmas atividades que desencadearam o adoecimento.

Observei que as trabalhadoras reconhecem essas dificuldades, no entanto, ao assumirem esta questão no seu ser mais autêntico, vão em busca de respaldo legal, conforme o relato de Camila:

> *Lutando eu estou... da minha maneira... eu estou lutando no INSS, você sabe? Então eu estou esperando por lá. Então está na justiça. Eu estou lutando (...) para me readaptar. Então eu estou esperando (Camila)*

A trabalhadora revela que é preciso lutar para conseguir alguma mudança e investe na questão legal para lhe assegurar uma recuperação. Para transcender é preciso enfrentar os percalços inerentes do mundo-vida. O ser humano encontra energia na luta, no enfrentamento do dia, quando batalha se revigora e quando deixa de lutar, ele se anula, e morre aos poucos.

A Previdência Social tem adotado a política de encaminhar os trabalhadores para retornar ao trabalho sem reabilitação profissional, mesmo diante de incapacidade para o trabalho, pois seus critérios para as altas programadas não se relacionam à incapacidade do trabalhador e sim ao tempo de afastamento, e todo o ônus da reabilitação recaí sobre o hospital. Diante disto, a ausência de avaliação de incapacidade e da reabilitação profissional para área ou função adequada ao estado de saúde do trabalhador, é um importante obstáculo ao retorno saudável ao trabalho (Vieira et al., 2010).

Segundo Heidegger (2009), com a decisão se conquista a verdade mais originária porque é a mais própria. Assim sendo, o Dasein decidido se liberta para seu mundo a partir daquilo em virtude de que o poder-ser se escolhe a si mesmo e somente a partir do ser si-mesmo mais próprio da decisão é que brota a convivência em sentido próprio.

Da mesma forma, a trabalhadora de enfermagem poderá estar agindo de maneira própria ao vislumbrar um caminho diferente do planejamento, do que

acreditava ser para a vida toda. Portanto, se adaptando as novas circunstâncias que o mundo-vida oferece:

> *você tem que se adaptar, né, você tem que se adaptar e a todo momento (...) (Fátima)*

> *Chega um ponto que você não tem mais opção, entendeu? Chega um ponto que você pensa a melhor opção é fazer outra coisa, às vezes eu penso (...). Talvez o ano que vem eu pense em fazer alguma coisa, até agora, tô pensando em fazer alguma coisa um curso de pesquisa clínica, até aquele de formação de docente para dar aula, abrir mais um pouco um leque para sair da área assistencial (Bianca)*

Outro caminho delineado é a mudança de área ou até mesmo a mudança de profissão, o que denota a percepção de que ainda é possível ser-si-mesma, poder realizar outras atividades que lhes dêem prazer e reconhecimento.

Ao reconhecerem a fragilidade dos Programas de Retorno e a lentidão da instituição em oferecer melhores condições de trabalho, as trabalhadoras projetam a aposentadoria como uma opção de não mais sofrer, conforme os trechos a seguir:

> *Acho que para mim é a única solução é esperar passar, se consigo aposentar e cair fora o mais rápido possível... (Elza)*

> *Daqui eu não espero nada, filha, só espero a minha aposentaria e ir embora (Diana)*

O projeto de aposentadoria também emerge como uma opção para minimizar o sofrimento e transcender, uma vez que as mesmas reconhecem as limitações físicas e também a sua contribuição para a enfermagem, e desejam investir numa qualidade de vida após o afastamento por DORT.

Sendo assim, a mudança de função, com o objetivo de poupar-se das atividades repetitivas que puderem ser evitadas, almejando novas atividades compatíveis com suas limitações, é um caminho possível. Para tanto, é importante que o trabalhador realize uma revisão dos conceitos pessoais, que lhe permitam compreender que a pessoa pode ser útil, necessária e produtiva, mesmo desenvolvendo função diferente do que estava habituada, assim, possibilitará o reconhecimento de outros talentos que ainda estavam ocultos, devolvendo-lhe algum sentido para a vida (Pessoa, Cardia, Santos, 2010; Barbosa, Santos, Trezza, 2007).

Dessa forma, o ser-aí se revela na pre-sença, onde o cotidiano das limitações e incapacidades experimentadas no processo de retorno ao trabalho configuram um novo jeito de ser-no-mundo das trabalhadoras de enfermagem, buscando estratégias para conviver com a doença e suas repercussões.

Ao compreender a experiência vivenciada pelas trabalhadoras de enfermagem que retornam ao trabalho após afastamento por DORT, pude perceber que estas vislumbram um novo recomeço, aceitando as novas possibilidades advindas da reconstrução de seu mundo-vida. Este processo é resultante da percepção de suas novas habilidades e da aceitação das limitações oriundas do afastamento por DORT.

O poder-ser próprio traduz as possibilidades que abarcam a transcendência das trabalhadoras, onde as mesmas reconhecem o ser-aí de limitações, e o ser para o fim, no entanto, apreendem a conviver com sua doença, assumindo-se como trabalhadoras que estão retornando ao trabalho após afastamento por DORT e ainda, vislumbram caminhos para um existir autêntico.

6. Desvelando a Vivência do Trabalhador de Enfermagem que Retorna ao Trabalho Após Afastamento por DORT

Ao almejar compreender como é ***retornar ao trabalho após afastamento por DORT*** a partir da vivência dos trabalhadores de enfermagem, acreditei que desvelar este fenômeno poderia contribuir para a construção de novos saberes sobre a dinâmica do retorno ao trabalho, e assim, cooperar para a elaboração de estratégias locais e políticas institucionais que permitam um retorno salutar, tendo o trabalhador como sujeito deste processo.

Creio que as ações são mais efetivas e com maiores chances de sucesso quando baseadas no conhecimento advindo da experiência de quem vive o fenômeno, desta forma, a supressão do trabalhador de enfermagem na construção e implementação de medidas que visem o retorno ao trabalho colabora para a ineficácia de qualquer programa.

A partir da análise existencial dos discursos das trabalhadoras de enfermagem, o ser-aí que retorna ao trabalho após afastamento por DORT foi se desenhando, e pude compreender que o mundo-vida das trabalhadoras é constituído por sentimentos contraditórios, como alegria e sofrimento, esperança e desesperança, convicções e insegurança, resultantes das alterações nos campos profissional e pessoal impostas pelos DORT. Estas modificações são relatadas como perdas existenciais que acompanham as trabalhadoras no curso da doença.

No processo de retorno ao trabalho, este cotidiano de contrastes é permeado pela dor, limitação física, incapacidades laborais e dificuldades na compreensão e no convívio com o outro. Os discursos que o ser-no-mundo modificou-se intensamente devido a existência do DORT, e as trabalhadoras de enfermagem passam a conviver com queixas intensas e constantes, com o uso contínuo de analgésicos e na busca por terapias que minimizem o sofrimento físico e psíquico.

A despeito deste universo de modificações, 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, evidenciando o despreparo institucional para receber de forma gradual e cuidadosa os trabalhadores portadores de restrição.

Sinto que apesar desta situação ocorrer em um ambiente hospitalar, com pessoas que se preparam por anos para cuidar do outro, do doente, as trabalhadoras de enfermagem encontram inúmeras condições inóspitas. No hospital, todos são seres de cuidado e estão sempre em busca da recuperação e manutenção da saúde dos pacientes, contudo, contradizendo suas próprias essências de seres cuidadores, o cuidado falha para com as trabalhadoras de enfermagem, manifestando-se sob uma maneira deficiente.

Nesse sentido, o descuidado por parte dos colegas de profissão e dos médicos do trabalho denuncia o cotidiano de sofrimento quando se retorna ao trabalho, e deste modo, na ausência do cuidado e diante de tantas dificuldades, as trabalhadoras buscam serem aceitas e tentam provar todo o tempo que “são merecedoras de estarem trabalhando”.

Aproximar-se do mundo-vida do retorno ao trabalho, também me fez notar que a vivência da trabalhadora não é permeada apenas pelo cuidado negligente ou pelo descuidado. Independente de existir um Programa de Retorno ao Trabalho institucionalizado, muitos supervisores procuram construir estratégias para facilitar o processo de retorno e reconhecem as habilidades das trabalhadoras, valorizando suas potencialidades e minimizando o desgaste.

Nessa aproximação com as trabalhadoras de enfermagem que retornam ao trabalho após afastamento por DORT, corroborando com a literatura nacional e internacional, ficou evidenciado que o processo de retorno ao trabalho é muito complexo, e necessita da iniciativa e atuação de vários atores para que

este seja um processo saudável, que não desencadeie o agravamento ou a reincidência da doença.

Ao desvelar o fenômeno, chama atenção a fragilidade dos Programas de Retorno ao trabalho presentes na realidade nacional, que expõe os trabalhadores às condições inadequadas, contribuindo para a piora da doença, absenteísmo e para a incapacidade laboral permanente. Esta realidade é descrita nos discursos das trabalhadoras trazidos aqui com muita vivacidade e dor, evidenciando a ausência de políticas públicas eficazes que amparem todos os trabalhadores diante da incapacidade, além, da ausência de iniciativas institucionais que visem o desenvolvimento do potencial do trabalhador.

Apesar de todas essas questões políticas que afetam a dimensão do retorno ao trabalho, pude perceber por meio da fenomenologia existencial, que na presença ou não de iniciativas institucionais, quando a trabalhadora, que retorna ao trabalho após afastamento por DORT, tem consciência das modificações em seu corpo e em seu mundo-vida, se aceita como um ser portador de incapacidade e busca se adaptar a essa nova condição, se descobre como ser de possibilidades e se abre para todas as novas oportunidades que a vida lhe oferece.

Dessa maneira, recria seu mundo laboral, implementando novas formas de atender as demandas e se percebe como ser útil e responsável por zelar a sua própria saúde, respeitando seus limites, revelando o cuidado de si. A decisão por poder-ser próprio conduz a trabalhadora a verdade mais originária ao ressignificar sua existência, vivência em sentido mais próprio, abrindo-lhe novos horizontes, um novo recomeço.

Várias são as facetas da dinâmica do retorno ao trabalho, assim, ao finalizar esse trabalho, creio que este possa ter contribuído para a construção de novos olhares sobre a questão do retorno ao trabalho após afastamento DORT, principalmente, relacionado a constituição de políticas institucionais e

governamentais eficazes, que contemplem questões sobre a manutenção dos trabalhadores no trabalho de maneira digna, desenvolvendo suas potencialidades e valorizando os sujeitos em sua existência plena.

7. Referências

Adler DA, McLaughlin TJ, Rogers WH, Chang H, Lapitsky L, Lerner D. Job performance deficits due to depression. Am. j. psychiatr. 2006;163(9):1569-76.

Alcântara MA, Nunes, GS, Ferreira, BCMS. Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho: o perfil dos trabalhadores em benefício previdenciário em Diamantina (MG, Brasil). Cienc. saude colet. 2011;16(8):3427-36.

Álvares TT, Lima MEA. Fibromialgia: interfaces com as LER/DORT e considerações sobre sua etiologia ocupacional. Cienc. saude colet. 2010; 15(3):803-12.

Alves PC. A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos da doença: breve revisão crítica. Cad. saude publica. 2006; 22(8):1547-1554.

Azambuja EP, Pires DEP, Vaz MRC, Marziale MH. É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem? Texto & contexto enferm. 2010;19(4):658-66.

Baptista PCP, Merighi MAB, Silva A. Angustia de mulheres trabalhadoras de enfermagem que adoecem por distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. Rev. bras. enferm. 2011;64(3): 438-44.

Barbosa MSA, Santos RM, Trezza MCSF. A vida do trabalhador antes e após a Lesão por Esforço Repetitivo (LER) e Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho (DORT). Rev. bras. enferm. 2007;60(5):491-96.

Barboza MCN, Milbrath VM, Bielemann VM, Siqueira HCH. Doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT) e sua associação com a enfermagem ocupacional. Rev. gauch. enferm. 2008;29(4):633-38.

Barros ARR, Griep RH, Rotenberg L. Automedicação entre os trabalhadores de enfermagem de hospitais públicos. Rev. latino-am. enfermagem. 2009;17(6): 1015-22.

Bartilotti CB, Andrade PR, Varandas JM, Ferreira PCG, Cabral C. Programa de Reabilitação Ampliada (PRA): uma abordagem multidimensional do processo de reabilitação profissional. Acta fisiátrica. 2009;16(2):66-75.

Batista JM, Juliani CMCM, Ayres JA. O processo de readaptação funcional e suas implicações no gerenciamento em enfermagem. Rev. latino-am. enfermagem. 2010;18(1):87-93.

Brasil. Decreto 3.048, de 06 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 12 maio 1999.

Brasil. Ministério da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília; 2001.

Brasil. Ministério da Previdência Social. Anuário Estatístico da Previdência Social. Brasília; 2010.

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.

Brouwer S, Reneman MF, Bultmann U, van der Klink JJL, Groothoff JW. A Prospective Study of Return to Work Across Health Conditions: Perceived Work Attitude, Self-efficacy and Perceived Social Support. J Occup Rehabil. 2010; 20:104-12.

Cabral LHA, Sampaio RF, Figueiredo IM, Mancini MC. Fatores associados ao retorno ao trabalho após um trauma de mão: uma abordagem qualiquantitativa. rev. bras. fisioter. 2010;14(2):149-157.

Campos JF, David HSL. Avaliação do contexto de trabalho em terapia intensiva sob o olhar da psicodinâmica do trabalho. Rev. Esc. Enferm. USP. 2011; 45(2):363-8.

Carvalho MDB, Valle ERM. A pesquisa fenomenológica e a enfermagem. Acta scientiarum. 2002;24(3):843-847.

Cestari MEW. Estar infectada com Papilomavírus Humano: vivência das mulheres e necessidade de cuidado. [Tese] São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2010. 122p.

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

Chiavegato Filho LG, Pereira Jr A. Work related osteomuscular diseases: multifactorial etiology and explanatory models. Interface: Comunicacao, Saude, Educacao. 2004;8(14):149-62.

Clayton S, Bambra C, Gosling R, Povall S, Misso K, Whitehead M. Assembling the evidence jigsaw: insights from a systematic review of UK studies of individual focused return to work initiatives for disabled and long-term ill people. BMC Public Health. 2011;11(170).

Dekkers-Sánchez PM, Wind H, Sluiter JK, Frings-Dresen MHW. A qualitative study of perpetuating factors for long-term sick leave and promoting factors for return to work: chronic work disabled patients in their own words. J Rehabil Med. 2010;42:544–52.

Di Nubila HBV. Uma introdução à CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Rev. bras. saude ocup. 2010;35(121): 122-23.

Duarte MR, Rocha SS. As contribuições da filosofia heideggeriana nas pesquisas sobre o cuidado em enfermagem. Cogitare enferm. 2011;16(2):361-64.

Earle V. Phenomenology as research method or substantive metaphysics? An overview of phenomenology's uses in nursing. Nursing Philosophy. 2010;11: 286-96.

Ellis N, Johnston V, Gargett S, MacKenzie A, Strong J, Battersby M, McLeod R, Adam K, Jull G. Does self-management for return to work increase the effectiveness of vocational rehabilitation for chronic compensated musculoskeletal disorders? - Protocol for a randomised controlled trial. BMC Musculoskeletal Disorders. 2010;11(115).

Farias N, Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Rev. bras. epidemiol. 2005;8(2):187-93.

Felli VEA. Implantação e avaliação do sistema de monitoramento da saúde do trabalhador de enfermagem. Relatório de pesquisa (FAPESP). São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2010.

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

Fernandes EH, Fernandes JHM. Síndrome dolorosa miofascial em trabalhadores com LER/DORT. Rev. Bras. Med. Trab. 2011;9(1):39-44.

Fernandes RCP, Assunção AA, Carvalho FM. Repetitive tasks under time pressure: the musculoskeletal disorders and the industrial work. Cienc. saude colet. 2010;15(3):931-42.

Finazzi-Santos MAF, Siqueira MVS. Considerações sobre trabalho e suicídio: um estudo de caso. Rev. bras. saude ocup. 2011;36(123):71-83.

Freitas JRS, Lunardi Filho WD, Lunardi VL, Freitas KSS. Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em profissionais de enfermagem de um hospital universitário. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2009;11(4):904-11.

Garnica AVM. Algumas notas sobre pesquisa qualitativa e Fenomenologia. Interface: Comunicacao, Saude, Educacao.1997;1(1):109-122.

Giomo DB, Freitas FCT, Alves LA, Robazzi MAC. Acidentes de trabalho, riscos ocupacionais e absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem hospitalar. Rev. enferm. UERJ. 2009;17(1): 24-29.

Gravina MER, Rocha LE. Lesões por esforços repetitivos em bancários: reflexões sobre o retorno ao trabalho. Cad. psicol. soc. trab. 2006; 9(2): 41-55.

Gustavo Figueroa C. La psicología fenomenológica de Husserl y la psicopatologia. Rev Chil Neuro-psiquiat. 2008; 46 (3): 224-237.

Heidegger M. Ser e tempo. Trad. revisada de Marcia de Sá Cavalcante Schuback. 4ªed. Petrópolis: Vozes; 2009.

Hepp U, Moergeli H, Buchi S, Bruchhaus-Steinert H, Sensky T, Schnyder U. The long-term prediction of return to work following serious accidental injuries: a follow up study. BMC Psychiatry. 2011;11(53).

Hogelund J, Holm A, McIntosh J. Does graded return to work improve disabled workers‟ labor market attachment? Centre for Applied Microeconomic. Department of Economics University of Copenhagen. [acessado 10 fev. 2012] Disponível em: http://www.econ.ku.dk/cam/wp0910/2009-06.pdf/

Huisstede BMA, Bierma-Zeinstra SMA, Koes BW, Verhaar JAN. Incidence and prevalence of upper-extremity musculoskeletal disorders. A systematic appraisal of the literature. BMC Musculoskeletal Disorders. 2006;7(7).

Inwood M. Heidegger. São Paulo: Loyola; 2004.

Lambeek LC, van Mechelen W, Buijs PC, Loisel P, Anema JR. An integrated care program to prevent work disability due to chronic low back pain: a process evaluation within a randomized controlled trial. BMC Musculoskeletal Disorders. 2009;10(147).

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

Leite PC. A vivência de mulheres trabalhadoras de enfermagem que apresentam distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT): uma abordagem compreensiva da fenomenologia existencial. [Tese], São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2006. 133p.

Leite PC, Merighi MAB, Silva A. A vivência de uma trabalhadora de enfermagem Portadora de lesão “de quervain”. Rev. latino-am. enfermagem. 2007;15(2).

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

Lima MAG, Neves RF, Tironi MOS, Nascimento AMDN, Magalhães FB. Avaliação da funcionalidade dos trabalhadores com LER/DORT: a construção do Core Set da CIF para LER/DORT. Acta fisiátrica. 2008;15(4):229-35.

Lima Junior J, Alchieri JC, Maia EMC. Avaliação das condições de Trabalho em Hospitais de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. Rev. Esc. Enferm. USP. 2009; 43(3):670-76.

Loisel P, Durand MJ. Applying transdisciplinary to the complexity of work disability prevention. Centro de Educação Transdisciplinar CETRANS; 2005 [acessado em 18 jan 2012]. Disponível em: http://cetrans.com.br/artigos/Patrick_Loisel.pdf

Loisel P, Charpentier N, Felli VAE, Durand MJ, Costa-Black K, Mininel VA, Hong QN. Cross-cultural adaptation of the Work Disability Diagnostic Interview (WoDDI) for a Brazilian context. Report present to Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation (REPAR); 2007.

Maeno M, Takahashi MAC, Lima MAG. Reabilitação profissional como política de inclusão social. Acta fisiátrica. 2009;16(2):53-58.

Magnago TSBS, Lisboa MTL, Souza IEO, Moreira MC. Distúrbios músculo-esqueléticos em trabalhadores de enfermagem: associação com condições de trabalho. Rev. bras. enferm. 2007;60(6):701-15.

Magnano 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 Unidade de Terapia Intensiva [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

Martins ERC, Zeitoune RCG. As condições de trabalho como fator desencadeador do uso de substâncias psicoativas pelos trabalhadores de enfermagem. Esc. Anna Nery. 2007;11(4):639-44.

Marx K. O capital: crítica da economia política. 3ª ed. São Paulo: Nova Cultural; 1988.

Mauro MYC, Paz AF, Mauro CCC, Pinheiro MAS, Silva VG. Trabalho da Enfermagem nas Enfermarias de um Hospital Universitário. Esc. Anna Nery. 2010;14(1):13-18.

Medeiros SM, Ribeiro LM, Fernandes SMBA, Veras VSD. Condições de trabalho e enfermagem: a transversalidade do sofrimento no cotidiano. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2006;8(2):233-40.

Merhy EE. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio da micropolítica do trabalho vivo). In: Fleury, Sônia (Org.). Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial; 1997.

Merighi MAB, Jesus MCP, Domingos SRF, Oliveira DM, Baptista PCP. Ser docente de enfermagem, mulher e mãe: desvelando a vivência sob a luz da fenomenologia social. Rev. latino-am. enfermagem. 2011;19(1):164-70.

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

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

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

Mininel VA, Baptista PCP, Felli VEA. Cargas psíquicas e Processos de desgaste in Trabalhadores de enfermagem de hospitais Universitários Brasileiros. Rev. latino-am. enfermagem. 2011;19(2):340-347.

Navarro VL, Padilha V. Dilemas do trabalho no capitalismo contemporâneo. Rev. psicol. soc. 2007;19(n.esp):14-20.

Neves IR. LER: trabalho, exclusão, dor, sofrimento e relação de gênero. Um estudo com trabalhadoras atendidas num serviço público de saúde. Cad. saude publica. 2006;22(6):1257-65.

Neves RF, Nunes MO. Da legitimação a (res)significação: o itinerário terapêutico de trabalhadores com LER/DORT. Cienc. saude colet. 2010; 15(1):211-20.

Oliveira JDS, Alves MSCF, Miranda FAN, 2009. Riscos ocupacionais no contexto hospitalar: desafio para a saúde do trabalhador. Rev. salud pública. 2009;11(6):909-17.

Pessoa JCS, Cardia MCG, Santos MLC. Análise das limitações, estratégias e perspectivas dos trabalhadores com LER/DORT, participantes do grupo PROFIT–LER: um estudo de caso. Cienc. saude colet. 2010;15(3):821-30.

Pinho LB, Santos SMA, Kantorski LP. Análise do processo de trabalho da enfermagem na unidade de terapia. Texto & contexto enferm. 2007;16(4):703-11.

Poersch AL, Ramos MZ, Silva RN. Reabilitação profissional: o coletivo como ferramenta de re-significação. Psico. 2010;41(1):137-43.

Ramos MZ, Tittoni J, Nardi HC. A experiência de afastamento do trabalho por adoecimento vivenciada como processo de ruptura ou continuidade nos modos de viver. Cad. psicol. soc. trab. 2008;11(2): 209-21.

Reinhardt EL, Fischer FM. Barreiras às intervenções relacionadas à saúde do trabalhador do setor saúde no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2009;25(5):411–7.

Rosa AFG, Garcia PA, Vedoato T, Campos RG, Lopes MLCS. Incidência de LER/DORT em trabalhadores de enfermagem. Acta sci., Health sci. 2008;30(1):19-25.

Rossi D, Bravo ES, Takahashi MAC, Maeno M, Cardillo M, Watanabe M. Reabilitação profissional pública, um direito do cidadão. Documento para discussão pública; 2007. [acessado 20 fev. 2012] Disponível em: http://www.spbancarios.com.br/download/17/proposta_rp_out2007.pdf

Salerno VL, Silvestre MP, Sabino MO. Interfaces LER/Saúde Mental: a experiência de um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado de São Paulo. Rev. bras. saude ocup. 2011;36(123):128-38.

Salomé GM, Espósito VHC. Vivências de acadêmicos de enfermagem durante o cuidado prestado às pessoas com feridas. Rev. bras. enferm. 2008;61(6):822-7.

Sampaio RF, Silveira AM, Viana SO, Oliveira GBA, Frade F. Implantação de serviço de reabilitação profissional: a experiência da UFMG. Fisioter. Pesqui. 2005;12(2): 28-34.

Sanches EN, Cutolo LRA, Soares P, Silva RM. Organização do trabalho, sintomatologia dolorosa e significado de ser portador de LER/DORT. Psicol. Argum. 2010;28(63):313-24.

Sancinetti TR, Gaidzinski RR, Felli VEA, Fugulin FMT, Baptista PCP, Ciampone MHT, Kurcgant P, Silva FJ. Absenteísmo - doença na equipe de enfermagem: relação com a taxa de ocupação. Rev. Esc. Enferm. USP. 2009; 43(spe2): 1277-83.

Sanderson K, Andrews G. Common mental disorders in the workforce: recent findings from descriptive and social epidemiology. Can J Psychiatry. 2006;5:63-75.

Sardá Junior JJ, Kupek E, Cruz RM, Bartilotti C, Cherem AJ. Preditores de retorno ao trabalho em uma população de trabalhadores atendidos em um programa de reabilitação profissional. Acta fisiátrica. 2009: 16(2):81-86.

Silva EF, Oliveira KKM, Souza PCZ. Saúde mental do trabalhador: o assédio moral praticado contra trabalhadores com LER/DORT. Rev. bras. saude ocup. 2011;36(123):56-70.

Silva FJ. A capacidade para o trabalho e a fadiga entre trabalhadores de enfermagem [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

Silva SR, Guimarães EV, Rodrigues AMVN. Aspectos relacionados ao processo de retorno ao trabalho de indivíduos com desordens musculoesqueléticas do membro superior: uma bibliografia comentada. Revista de terapia ocupacional da Universidade de Sao Paulo. 2007;18(1):38-43.

Simonelli AP, Camarotto JA, Bravo ES, Vilela RAG. Proposta de articulação entre abordagens metodológicas para melhoria do processo de reabilitação profissional. Rev. bras. saude ocup. 2010; 35(121): 64-73.

Soklaridis S, Tang G, Cartmill C, Cassidy JD, Andersen J. Can you go back to work? Can Fam Physician. 2011;57:202-9.

Souza MEL, Faiman CJS. Trabalho, saúde e identidade: repercussões do retorno ao trabalho, após afastamento por doença ou acidente, na identidade profissional. Saúde, Ética & Justiça. 2007; 12(1/2): 22-32.

Strathern P. Heidegger em 90 minutos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2004.

Takahashi MABC. Incapacidade e previdência social: trajetória de incapacitação de trabalhadores adoecidos por LER/DORT no contexto da reforma previdenciária brasileira da década de 1990 [tese de doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2006.

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. bras. saude ocup. 2010;35(121):100-11.

Tinubu BMS, Mbada CE, Oyeyemi AL, Fabunmi AA. Work-Related Musculoskeletal Disorders among Nurses in Ibadan, South-west Nigeria: a cross-sectional survey. BMC Musculoskeletal Disorders. 2010;11(12).

Toldrá RC, Daldon MTB, Santos MC, Lancman S. Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – SP, Brasil. Rev. bras. saude ocup. 2010;35(121):10-22.

van Duijn M, Lotters F, Burdorf A. Influence of modified work on return to work for employees on sick leave due to musculoskeletal complaints. J Rehabil Med. 2005;37:172-179.

Varekamp I, Krol B, van Dijk FJH. Empowering employees with chronic diseases: process evaluation of an intervention aimed at job retention. Int Arch Occup Environ Health. 2011;84:35-43.

Vasconcelos A, Faria JH. Saúde mental no trabalho: contradições e limites. Psicol. soc. 2008;20(3):444-52.

Vieira GS, Débora 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. Bras. Med. Trab. 2010;8(2):105-14.

Viikari-Juntura E, Burdorf A. Return to work and job retention--increasingly important outcomes in occupational health research. Scand J Work Environ Health. 2011;37(2):81-4.

Vries HJ, Brouwer S, Groothoff JW, Geertzen JHB, Reneman MF. Staying at work with chronic nonspecific musculoskeletal pain: a qualitative study of workers' experiences. BMC Musculoskeletal Disorders. 2011;12(126).

Waddell G, Burton AK, Main CJ. Screening to identify people at risk of long term incapacity for work: a conceptual and scientific review. Disability Medicine. 2003;3(3):72-83.

8. Apêndices

Apêndice A. Roteiro de entrevista com profissionais de enfermagem que retornam ao trabalho após afastamento por doença

Caracterização do sujeito de pesquisa

Iniciais: _____Sexo: ( )Fem ( )Masc

Idade: _____Estado Civil:_____

Escolaridade:_____Categoria profissional:_____

Setor onde trabalha:_____Turno:_____

Tempo de serviço na enfermagem:_____

Tempo de serviço na instituição:_____

Motivo do afastamento – CID:_____

CAT: ( ) sim ( )não

Tempo de afastamento pela doença (dias):_____

Tempo de retorno ao trabalho (dias):_____

Readaptação profissional: ( )sim ( )não

Questão Norteadora

Como está sendo para você retornar ao trabalho após o período de afastamento?

Apêndice B. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME: .:..... .....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : ..... SEXO : .M □ F □

DATA NASCIMENTO: ...../...../.....

ENDEREÇO ..... Nº ..... APTO: .....

BAIRRO: ..... CIDADE .....

CEP:..... TELEFONE: DDD (.....) .....

2.RESPONSÁVEL LEGAL .....

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.) .....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE :.....SEXO: M □ F □

DATA NASCIMENTO.: ...../...../.....

ENDEREÇO: ..... Nº..... APTO: .....

BAIRRO:..... CIDADE: .....

CEP:..... TELEFONE: DDD (.....).....

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA Retorno ao trabalho: a vivência do trabalhador de enfermagem

PESQUISADOR: Fátima Gil Ferreira .....

CARGO/FUNÇÃO: Enfermeira..... INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 35511

UNIDADE DO HCFMUSP: Instituto do Coração.....

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO ☒ RISCO MÉDIO □

RISCO BAIXO □ RISCO MAIOR □

4.DURAÇÃO DA PESQUISA : 12 meses .....

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo que visa compreender a vivência do retorno ao trabalho após afastamento por doença ou acidente de trabalho pelo trabalhador de enfermagem do InCor-HCFMUSP. Para tanto, realizaremos uma entrevista, que será agendada conforme sua disponibilidade, fora do seu horário de trabalho. Para a entrevista, você deverá responder a uma única pergunta, sendo que sua resposta será gravada e posteriormente será analisada. A entrevista terá duração aproximada de uma hora. Embora a entrevista seja gravada, a confidencialidade dos dados e a preservação de sua identidade serão garantidas..Essa pesquisa não o expõe a qualquer tipo de risco ou prejuízo. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Enfª Fátima Gil Ferreira que pode ser encontrada na Av Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 44 – Coordenação de Enfermagem do InCor-HCFMUSP, no 2º andar do bloco I. Telefone(s) 3069-5435. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 3069-6442 ramal 26 – E-mail: cappesq@hcnet.usp.br Sua participação é voluntária e será garantida a liberdade de retirada de seu consentimento a qualquer momento, deixando de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu trabalho na Instituição. As informações obtidas serão analisadas pelos pesquisadores e não será divulgada a identificação de nenhum voluntário. A qualquer momento você poderá se manter atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa. Não há despesas pessoais para o(a) senhor(a) em qualquer fase do estudo, assim como não há compensações financeiras pela participação no estudo. Os dados obtidos neste estudo somente serão utilizados para este fim.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo Retorno ao trabalho: a vivência do trabalhador de enfermagem.

Eu discuti com a Enfª Fátima Gil Ferreira sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de

despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do paciente/representante legal Data ___/___/___

Assinatura da testemunha Data ___/___/___

para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo Data ___/___/___

9. Anexos

Anexo A. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061-7548/8858 - Fax: (011) 3061-7548 -
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 08 de abril de 2011.

Ilm.ª Sr.ª
Silmar Maria da Silva

Ref.: Processo nº 997/2011/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto "**Retorno ao trabalho: a vivência do trabalhador de enfermagem**", informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Célia Maria Sivalli Campos
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Anexo B. Parecer da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

HC HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

APROVAÇÃO

O Coordenador da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 27/05/2011, **APROVOU *ad-referendum*** o Protocolo de Pesquisa nº **0244/11**, intitulado: "**Retorno ao trabalho: a vivência do trabalhador de enfermagem**", apresentado pela **COMISSÃO CIENTÍFICA DO INCOR,** inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10/10/1996, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: **Fátima Gil Ferreira**
Pesquisador (a) Executante: **Silmar Maria da Silva**
Orientadora: **Profa. Dra. Patrícia Campos Pavan Baptista**

CAPPesq, 27 de Maio de 2011

PROF. DR. EUCLIDES AYRES DE CASTILHO
Coordenador
Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do HCFMUSP da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo Rua Ovídio Pires de Campos, 225, 5º andar - CEP 05403 010 - São Paulo – SP Fone: 011 3069 6442 Fax: 011 3069 6492
e-mail: cappesq@hcnet.usp.br

COMISSÃO CIENTÍFICA
RECEBIDO
31 / 05 / 2011
Débora