

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL
SAÚDE AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR**

MOARA LUDMILA ROSA LIMA

**TRABALHO, ADOECIMENTO, VOLTA E READAPTAÇÃO DOS
TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.**

**UBERLÂNDIA – MG
2018**

MOARA LUDMILA ROSA LIMA

**TRABALHO, ADOECIMENTO, VOLTA E READAPTAÇÃO DOS
TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.**

Trabalho equivalente apresentado ao Programa de Pós Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Geografia (PPGAT), como requisito para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Saúde do Trabalhador.

Orientador: Prof. Dr. Winston Kleiber de Almeida Bacelar.

UBERLÂNDIA – MG
2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

L732t
2018 Lima, Moara Ludmila Rosa, 1987-
Trabalho, adoecimento, volta e readaptação dos trabalhadores de
enfermagem de um hospital universitário [recurso eletrônico] / Moara
Ludmila Rosa Lima. - 2018.

Orientador: Winston Kleiber de Almeida Bacelar.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de
Uberlândia, Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde
do Trabalhador.

Modo de acesso: Internet.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2019.613>

Inclui bibliografia.

Inclui ilustrações.

1. Geografia médica. 2. Saúde e trabalho. 3. Reabilitação
profissional. 4. Enfermeiros - Licenças. I. Bacelar, Winston Kleiber de
Almeida, 1966- (Orient.) II. Universidade Federal de Uberlândia.
Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do
Trabalhador. III. Título.

CDU: 910.1:61

Gerlaine Araújo Silva - CRB-6/1408

MOARA LUDMILA ROSA LIMA

**TRABALHO, ADOECIMENTO, VOLTA E READAPTAÇÃO DOS
TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.**

Trabalho equivalente apresentado ao Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia, (PPGAT/UFU), a banca examinadora formada por:

Data: 10/12/2018

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Winston Kleiber de Almeida Bacelar
Universidade Federal de Uberlândia (UFU)

Prof. Dr^a Yasmin Livia Queiroz Santos
Faculdade Santa Rita de Cássia (IFASC/GO)

Prof. Dr^a Rosimár Alves Querino
Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)

Dedico esse trabalho à minha família:
mãe, pai (*in memoriam*), irmão e ao meu marido
pelo suporte incondicional e incentivo contínuo.
Sem vocês eu não seria nada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Universidade Federal de Uberlândia pela oportunidade de evolução, primeiro como graduanda, posteriormente como pós graduanda e docente desta instituição que tanto me orgulha e me inspira admiração.

Ao Instituto de Geografia da Universidade Federal de Uberlândia pelo pioneirismo em oferecer um programa de pós-graduação tão rico e com tanto significado, verdadeiramente multidisciplinar.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, verdadeiros Mestres que conduziram as disciplinas de maneira impressionante, me fizeram crescer enquanto pessoa e profissional.

Ao meu orientador professor Dr. Winston Kleiber de Almeida Bacelar, por toda a paciência e incentivo. Além das contribuições riquíssimas e considerações que fizeram esse trabalho realidade.

Ao meu marido Diego, por acreditar mais em mim do que eu mesma. Por ser meu grande incentivador e por sempre me estimular mesmo nos momentos mais difíceis.

A minha mãe Maria de Lourdes, pela inspiração diária e por ser a grande responsável pela temática do meu trabalho, professora da rede Municipal de ensino, readaptada e que me abriu a visão para um assunto antes despercebido.

Ao meu pai Antônio (*in memoriam*), pela imensa contribuição e incentivo ao estudo e por me ajudar tanto na busca de conhecimento.

Ao meu irmão Robson, por ser exemplo de determinação. Minha cunhada Giselle e minhas sobrinhas Yasmin e Fernanda, por serem minhas alegrias e motivo de entusiasmo.

Aos meus familiares, amigos e colegas que contribuíram direta ou indiretamente nessa jornada.

Aos meus colegas da 2ª Turma de Mestrado em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, sentirei muita falta do convívio prazeroso e divertido, das risadas e do clima leve das aulas.

“A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original”.

(Albert Einstein)

RESUMO

O presente estudo tem como finalidade compreender o processo de retorno ao trabalho do trabalhador de enfermagem pós licença saúde. Para isso foi realizado levantamento bibliográfico a respeito do processo de reabilitação no Brasil, a fim de entender como os programas foram construídos e são aplicados aos trabalhadores. Também foi realizada aplicação de questionários semiestruturados a 20 trabalhadores de enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia que ficaram afastados entre os anos de 2010 e 2015 e que foram readaptados. Buscamos compreender os motivos de afastamento e descrever a estrutura do programa de readaptação presente no Hospital, avaliando a importância e impacto do processo nos trabalhadores de enfermagem, além dos seus aspectos positivos e negativos. Na análise emergiram 4 temas: aspectos positivos do retorno, aspectos negativos do retorno, perda de vínculo e condições de trabalho. Foram eleitos 6 setores principais para aplicação do questionário, devido ao número progressivo de afastamentos durante o período estudado. São eles: Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI-Adulto); Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTI-Pediátrica); Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI-Neonatal); Enfermaria de Ginecologia e Obstetrícia; Central de Materiais de Esterilização (CME) e Pronto Socorro (PS). Os resultados evidenciaram o número alarmante do aumento de afastamentos nos anos estudados assim como a fragilidade do processo de readaptação existente. Observa-se uma disparidade do que é proposto em lei do que é realmente vivenciado e executado. Os manuais do INSS e as normas buscam a inserção do trabalhador readaptado, porém observamos uma carência de programas efetivos de readaptação nos locais de estudo analisados. O preparo de gestores deve ser priorizado, com o objetivo de superar uma perspectiva de isolamento e fragmentação para a construção de um serviço calcado na integração de todas as etapas do processo de readaptação. Consideramos que o processo de retorno deve envolver o trabalhador como parte ativa do planejamento da sua volta. É urgente e necessário o desenvolvimento de programas preventivos e vigilância em saúde do trabalhador para a mitigação dos riscos e adoecimento dos trabalhadores.

Palavras chave: Reabilitação profissional. Adoecimento. Saúde do Trabalhador. Readaptação.

ABSTRACT

The present study aims to understand the process of return to work of the nursing worker after health leave. For this, a bibliographical survey was carried out regarding the rehabilitation process in Brazil, in order to understand how the programs were constructed and applied to the workers. We also applied semistructured questionnaires to 20 nursing workers from the Hospital de Clínicas of the Federal University of Uberlândia, who were separated between the years 2010 and 2015 and who were readapted. We sought to understand the reasons for leaving and to describe the structure of the rehabilitation program present at the Hospital, evaluating the importance and impact of the process on nursing workers, as well as their positive and negative aspects. In the analysis emerged 4 themes: positive aspects of the return, negative aspects of the return, loss of bond and working conditions. Six main sectors were chosen for the application of the questionnaire, due to the progressive number of departures during the period studied. These are: Adult Intensive Care Unit (ICU-Adult); Pediatric Intensive Care Unit (Pediatric ICU); Neonatal Intensive Care Unit (Neonatal ICU); Nursing of Gynecology and Obstetrics; Center for Sterilization Materials (CME) and Emergency Room (PS). The results showed the alarming number of departures from the studied years as well as the fragility of the existing rehabilitation process. We observe a disparity of what is proposed in law of what is actually experienced and executed. The INSS manuals and norms seek the insertion of the readapted worker, but we observed a lack of effective programs of readaptation in the studied places of study. The preparation of managers should be prioritized with the objective of overcoming a perspective of isolation and fragmentation for the construction of a service based on the integration of all stages of the readaptation process. We believe that the return process should involve the worker as an active part of the planning of his return. It is urgent and necessary the development of preventive programs and vigilance in workers' health for the mitigation of risks and sickness of workers.

Keywords: Professional rehabilitation. Adoecimento. Worker's health. Readaptation.

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1 – Número de afastamentos, total de dias de afastamento e total de servidores afastados no setor UTI Pediátrica nos anos de 2010 a 2015..... | 32 |
| Quadro 2 – Número de afastamentos, total de dias de afastamento e total de servidores afastados no setor UTI Neonatal nos anos de 2010 a 2015..... | 32 |
| Quadro 3 – Número de afastamentos, total de dias de afastamento e total de servidores afastados no setor UTI Adulto nos anos de 2010 a 2015..... | 33 |
| Quadro 4 – Número de afastamentos, total de dias de afastamento e total de servidores afastados no setor Enfermaria de Ginecologia e Obstetrícia nos anos de 2010 a 2015..... | 33 |
| Quadro 5 – Número de afastamentos, total de dias de afastamento e total de servidores afastados no setor de Materiais de Esterilização nos anos de 2010 a 2015..... | 34 |
| Quadro 6 – Número de afastamentos, total de dias de afastamento e total de servidores afastados no setor Pronto Socorro nos anos de 2010 a 2015..... | 34 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------------|--|
| ABBR | Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação |
| CIF | Classificação Internacional de Funcionalidade |
| CME | Central de Materiais De Esterilização |
| COPERPS | Comissão Permanente de Reabilitação Profissional da Previdência Social |
| CRP | Centros de Reabilitação Profissional |
| CTSST | Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho |
| DIRQS | Diretoria de Qualidade de Vida e Saúde do Servidor |
| DNPS | Departamento Nacional de Previdência Social |
| FAEPU | Fundação de Assistência, Estudo e Pesquisa de Uberlândia |
| HC | Hospital de Clínicas |
| IAPS | Institutos de Aposentadoria e Pensão |
| INSS | Instituto Nacional do Seguro Social |
| LOPS | Lei Orgânica da Previdência Social |
| NASS | Núcleo de Assistência de Saúde do Servidor |
| NRP | Núcleos de Reabilitação Profissional |
| OIT | Organização Internacional do Trabalho |
| PNSST | Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho |
| PS | Pronto Socorro |
| RP | Reabilitação Profissional |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UFU | Universidade Federal de Uberlândia |
| UTI | Unidade de Terapia Intensiva |

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| APRESENTAÇÃO | 12 |
| INTRODUÇÃO | 14 |
| ARTIGO 1 – Trabalho, adoecimento, volta e readaptação do trabalhador..... | 17 |
| ARTIGO 2 – A experiência do retorno ao trabalho dos trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. | 26 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 40 |
| REFERÊNCIAS | 42 |
| APÊNDICE 1 – Questionário semi-estruturado (qualiquantitativo)..... | 47 |
| APÊNDICE 2 – Termo de consentimento livre e esclarecido modelo | 50 |
| ANEXO 1 – Comprovante de submissão artigo 1 | 51 |
| ANEXO 2 – Comprovante de submissão artigo 2 | 52 |

APRESENTAÇÃO

Considerando a centralidade do trabalho na vida humana, não apenas como fonte de renda, mas como forma de inserção social e o modo de produção capitalista que estamos inseridos, é recorrente a pergunta: Vivemos para trabalhar ou trabalhamos para viver? Além disso, observamos o adoecimento como dimensão contraditória do trabalho, assim, podemos ir um pouco além no questionamento: Será que vivemos para trabalhar e adoecer?

O trabalhador de enfermagem está inserido em ambiente de trabalho hospitalar, que cada vez mais se tem demonstrado um espaço adoecedor. Cenário agravado com o atual desmonte do Sistema Único de Saúde (SUS), onde observamos a carência de investimentos, falta de recursos humanos e materiais, precarização do ambiente de trabalho que não proporciona estrutura para qualidade da assistência. Tal fato é responsável por frustração e estresse, podendo ocorrer agravos à saúde, esses podem culminar em afastamentos provocando prejuízos pessoais, sociais e econômicos.

Além disso, os hospitais são Instituições caracterizadas, amiúde, por estrutura formal e burocrática, tornando a comunicação interpessoal complexa, onde o trabalho é realizado sob pressão e cobrança, existindo controle de tempo para realização de tarefas, responsabilidade intensificada pela possibilidade de ocorrência de iatrogenia, além da exposição de seus profissionais a riscos de ordem biológica, física, química, ergonômica, mecânica, psicológica e social (FARIA; BARBOZA; DOMINGOS, 2005).

O adoecimento entre os trabalhadores de enfermagem tem sido foco de diversos estudos: Felli (2012), Franco, Druck e Silva (2010), Baptista (2014), Primo (2008), entre outros demonstram os principais motivos de afastamento, são eles: transtornos mentais e comportamentais, doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, lesões, envenenamentos e consequências de causas externas, doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho circulatório, fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde, doenças do aparelho digestivo, doenças infecciosas e parasitárias, doenças de olho e anexos, doenças do aparelho geniturinário, doenças de ouvido, doenças de pele e tecido subcutâneo, doenças de sangue e órgãos hematopoiéticos, doenças do sistema nervoso e causas externas de morbidade.

Observamos que muitas pesquisas são realizadas a respeito dos motivos de afastamento e sobre a quantidade de afastamentos, porém uma vertente pouco analisada é o retorno ao trabalho pós licença saúde desses trabalhadores. Com o presente estudo, buscamos

melhor entendimento a respeito das características positivas e negativas do retorno, o impacto na vida do trabalhador e nas relações de trabalho. Além disso, procuramos entender como funciona o programa de readaptação no contexto do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU), os gestores que recebem o trabalhador de volta, estão preparados para esse retorno? É gerado desconforto, exclusão, inclusão, inserção no processo de retorno? Quais são os aspectos positivos e negativos da volta ao trabalho?

INTRODUÇÃO

A readaptação profissional procura tornar o trabalhador apto a retornar às atividades profissionais, proporcionando meios de adaptação às funções compatíveis com suas limitações. Sabe-se que o processo de afastamento do servidor, temporário e/ou definitivo do trabalho, por qualquer motivo, pode gerar um impacto negativo na vida do trabalhador, seja psicológico ou até mesmo financeiro (MIRANDA et al., 2009).

Segundo o Instituto Nacional do Seguro Social – INSS (2011, p. 14) a readaptação é:

A assistência educativa ou reeducativa e de adaptação ou readaptação profissional, instituída sob a denominação genérica de habilitação ou reabilitação profissional, visando proporcionar aos beneficiários incapacitados parcial ou totalmente para o trabalho, em caráter obrigatório, independente de carência, e às “pessoas portadoras de deficiência”, os meios indicados para o reingresso no mercado de trabalho e no contexto em que vivem. A readaptação profissional procura tornar o indivíduo apto a retornar às atividades profissionais, proporcionando meios de adaptação às funções compatíveis com suas limitações.

Após o término do período de afastamento, é importante acompanhar, gerenciar e compreender a vivência do processo de readaptação funcional. Dificuldades manifestam-se durante o trabalho em equipe, desencadeando no trabalhador de enfermagem afastado sentimentos de exclusão, pois perde a conexão com seu grupo, podendo agravar a fragilidade provocada pelo adoecimento.

No estudo de Batista (2010), a experiência da readaptação é negativa quando essa se dá de forma impositiva, sem a participação do trabalhador no processo. A possível solução de suas limitações deve ser construída em conjunto com a equipe responsável pelo seu problema de saúde e a gerência a que está subordinado o próprio profissional de enfermagem.

Em contrapartida, o sentimento pode ser positivo quando a readaptação tem o significado de mudanças com a permissão e participação do trabalhador, de contato com novas experiências, resgate de relacionamentos com os colegas de equipe e gerência, permeados pelo respeito mútuo. O processo trabalho/adoecimento deixa de ser sofrimento para o trabalhador de enfermagem para se tornar satisfação em ser útil e produtivo novamente (BATISTA; JULIANI; AYRES, 2010).

Mesmo com a vasta Legislação Brasileira a respeito do tema, uma mudança de comportamento se faz necessária na formação profissional com enfoque na saúde do trabalhador e no processo de organização do trabalho para que haja valorização e respeito ao mesmo, em suas potencialidades e limitações (BATISTA; JULIANI; AYRES, 2010). É percebida uma fragilidade nos programas de readaptação e na dinâmica do retorno ao

trabalho. Além disso, é imprescindível o resgate da promoção da saúde do trabalhador de enfermagem, ressaltando a ideia de que muitos dos agravos são previsíveis e, portanto, evitáveis, principalmente no que tange ao ambiente de trabalho (BATISTA; JULIANI; AYRES, 2010).

Buscando compreender os mecanismos de readaptação no contexto do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU), utilizamos questionários semiestruturados (Apêndice 1) que foram aplicados aos trabalhadores readaptados. O questionário foi entregue em envelope junto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2), durante o horário de trabalho e ficou facultado ao trabalhador responder o questionário no momento da abordagem do pesquisador ou entregá-lo posteriormente. Os pesquisadores se responsabilizaram a buscar o questionário em momento oportuno ao trabalhador.

Para análise de conteúdo das respostas dos trabalhadores foi utilizado o método descrito por Laurence Bardin. Para Bardin (2011, p. 47), o termo análise de conteúdo designa:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Godoy (1995), afirma que a análise de conteúdo, segundo a perspectiva de Bardin, consiste em um processo metodológico que se pode aplicar em discursos diversos e as diversas formas de comunicação. Nessa análise, o pesquisador busca entender as estruturas ou modelos que permeiam as mensagens tomadas em consideração. O esforço do analista é, então, duplo: entender o sentido da comunicação e, principalmente, desviar o olhar, ir além da mensagem, buscando outras significações possíveis.

Seguindo as fases fundamentais previstas por Bardin, foi realizada a pré-análise, onde os questionários foram lidos e transcritos, as respostas dos trabalhadores foram codificadas com letra e número para garantir o sigilo da identidade dos participantes e feita pré-organização das categorias temáticas. Na exploração do material, foi realizada a definição e separação das respostas por categorias temáticas. No tratamento dos resultados, foi realizada releitura dos questionários, conferência das categorias temáticas e classificação dos relatos. As respostas foram agrupadas em 4 temas: aspectos positivos do retorno, aspectos negativos do retorno, perda de vínculo e condições de trabalho. Não demonstramos todas as respostas no estudo, por atingirmos saturação teórica e repetição de discurso dos trabalhadores após análise de 8 questionários.

O trabalho tem como objetivo analisar o processo de readaptação de 20 trabalhadores de enfermagem do HC-UFU entre os anos de 2010 e 2015. Buscamos compreender os motivos de afastamento e descrever a estrutura do programa de readaptação presente no Hospital, avaliando a importância e impacto do processo nos trabalhadores de enfermagem. Foram eleitos 6 setores principais para aplicação do questionário. O critério de escolha se deve ao número progressivo de afastamentos durante o período estudado. São eles: Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI-Adulto); Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTI-Pediátrica); Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI-Neonatal); Enfermaria de Ginecologia e Obstetrícia; Central de Materiais de Esterilização (CME) e Pronto Socorro (PS).

Optamos para o produto final do Mestrado pelo formato de “Trabalho Equivalente” em que apresentamos dois artigos científicos. Tal opção se ancora no Regimento Interno e em Resolução específica que normatiza tal forma de produto final para o mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador do Instituto de Geografia da Universidade Federal de Uberlândia.

No primeiro artigo analisamos os aspectos do trabalho e da espoliação do trabalhador, que leva ao sofrimento e adoecimento. Ainda buscamos compreender a estrutura do processo de readaptação no Brasil e algumas experiências em outros países escolhidos para construir bases de comparação com o caso brasileiro. Esse primeiro artigo demonstra a evolução da legislação e construção de manuais na tentativa de superação do modelo curativista e hospitalocêntrico da readaptação e, para isso, o “Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional do Instituto Nacional do Seguro Social (2016)”, foi de grande valia.

No segundo artigo buscamos analisar o sofrimento do trabalhador de enfermagem inserido no ambiente de um trabalho adoecedor. Assim, confrontamos os afastamentos das atividades laborais e o ambiente de trabalho do profissional de enfermagem. Para tal, buscamos a compreensão do período pós retorno ao trabalho, para entendermos que as características do processo de retorno são diversas e são perpassadas por aspectos positivos e negativos. No aprofundamento da temática ainda analisamos neste artigo as políticas governamentais que definem a readaptação e constatamos a falta de preparo de gestores ao receber esse trabalhador em seu ambiente de trabalho.

ARTIGO 1 – TRABALHO, ADOECIMENTO, VOLTA E READAPTAÇÃO DO TRABALHADOR.

¹Moara Ludmila Rosa Lima

²Winston Kleiber De Almeida Bacelar

RESUMO

As dimensões contraditórias do trabalho, o sofrimento humano nas organizações e as relações de trabalho são frequentemente estudadas. O ser social que antes era transformado pelo trabalho, hoje adocece e se torna vítima do próprio labor e dos vieses do modo de produção capitalista. Por meio de revisão da literatura e análise crítica de publicações buscamos refletir sobre o processo de reabilitação no Brasil, desde seu histórico e construção até a forma como é aplicado hoje. Com isso, buscamos compreender se o processo de reabilitação cumpre a sua finalidade de reinserção de maneira plena.

PALAVRAS-CHAVE: Reabilitação profissional, adoecimento, saúde do trabalhador, readaptação.

ABSTRACT

The contradictory dimensions of work, human suffering in organizations and working relationships are often studied. The social being who was formerly transformed by labor now becomes ill and becomes a victim of the labor itself and the biases of the capitalist mode of production. Through literature review and critical analysis of publications we intend to reflect on the rehabilitation process in Brazil, from its history and construction to the way it is applied today. With this, we seek to understand if the process of rehabilitation fulfills its purpose of reinsertion of the individual fully.

KEYWORDS: Professional rehabilitation, illness, work, readaptation.

INTRODUÇÃO

O modo de produção capitalista tem como algumas características importantes o trabalho assalariado e relações assalariadas de produção. Segundo Marx (1989), o trabalho é condição da vida humana e é por meio dele que o homem torna-se um ser social, apropriando-se dos elementos naturais e transformando-os para atender as necessidades humanas. Navarro e Padilha (2007, p. 14) também afirmam que:

O trabalho tem caráter plural e polissêmico e que exige conhecimento multidisciplinar; é também a atividade laboral fonte de experiência psicossocial, sobretudo dada a sua centralidade na vida das pessoas: é indubitável que o trabalho ocupa parte importante do espaço e do tempo em que se desenvolve a vida humana contemporânea. Assim, ele não é apenas meio de satisfação das necessidades básicas, é também fonte de identificação e de auto-estima, de desenvolvimento das potencialidades humanas, de alcançar sentimento de participação nos objetivos da sociedade. Trabalho e profissão (ainda) são senhas de identidade.

Quando se analisa o Ser Social inserido no modo de produção capitalista observamos as contradições daí advindas e as consequências no mundo do trabalho: o homem perde a

dimensão do trabalho como fonte de humanização e produção de coisas úteis para atender suas necessidades e passa a atender a necessidade do capital tornando-se alienado e estranhado daquilo que produz (MARX, 1989).

Com o advento do capitalismo no século XIII, a partir da desestruturação do sistema feudal, observam-se as primeiras modificações do setor produtivo e das relações de trabalho caracterizadas pela transformação dos camponeses em trabalhadores assalariados e a exploração do seu tempo de trabalho em troca de um salário. A progressão para as mudanças mais impactantes e que ressoam até hoje se iniciaram na segunda revolução industrial, entre o século XIX e XX, com o aparecimento dos modelos de produção Taylorista/Fordista, que levou ao aumento da divisão entre conhecimento e execução do trabalho trazendo prejuízos à saúde física e mental dos trabalhadores em consequência de prolongadas jornadas de trabalho, ritmo acelerado da produção, fadiga física, automação, não participação no processo produtivo e parcelamento das tarefas.

Nessa lógica, o trabalhador é um ser que não reconhece aquilo que produz por meio do seu trabalho; inserido em condições de trabalho precárias; buscando alcançar metas para satisfação do capital; sofrendo pressão do próprio grupo de trabalhadores em que está inserido e das lideranças a que está subordinado. Por fim, parece lógico que o próximo passo seja o adoecimento físico e/ou psíquico desse trabalhador.

Dejours (1994) afirma que as relações de trabalho, frequentemente, espoliam o trabalhador de sua subjetividade, excluindo o sujeito e fazendo do homem uma vítima do seu trabalho. O desencadeador do sofrimento humano nas organizações é a insatisfação pessoal gerada pela frustração de expectativas da promessa de um mundo do trabalho que traz felicidade e satisfação pessoal, porém ao adentrar nesse mundo o trabalhador apresenta insatisfação pessoal e tristeza levando ao sofrimento humano nas organizações.

Ainda conforme Dejours (1999), as experiências de sofrimento no trabalho aparecem associadas à divisão e à padronização de tarefas com desvalorização do potencial técnico e da criatividade; rigidez hierárquica, com demasia de procedimentos burocráticos, centralização de informações, falta de participação nas decisões, não-reconhecimento e baixa perspectiva de crescimento profissional. Dessa forma, adoecimento e afastamento do trabalho começam a compor a estrutura produtiva atual do modo de produção capitalista.

No Brasil, a legislação assegura o afastamento em decorrência de doença ou acidente como direito do trabalhador e, após o término desse período, tem-se o processo de reabilitação norteado pelas diretrizes e manuais do Instituto Nacional do Seguro Social. Segundo Prado Filho, (2014, p. 1):

A reabilitação visa restaurar o indivíduo incapacitado para o trabalho ao mercado de trabalho, cumprindo assim o preceito previsto no art. 193 da Constituição, no Título VIII, que trata da Ordem Social, o qual tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça social. A reabilitação profissional prevista na Constituição e legislação infraconstitucional passa a ser atribuição do INSS, sendo que uma de suas atribuições de caráter obrigatório é proporcionar o reingresso ao mercado de trabalho e no contexto em que vivem, os beneficiários incapacitados parcial ou totalmente para o trabalho, e as pessoas portadoras de deficiência.

A partir dos anos 1990, no Brasil o neoliberalismo imperante na economia e política interna impõe o processo de reestruturação produtiva, caracterizado por condições de exploração peculiares e elementos produtivos e gerenciais que avançam as relações de produção e organização empresarial com novas formas de acumulação flexível, os programas de qualidade total, o sistema *just-in-time* e *kanban*. A eles se atrelam os ganhos salariais vinculados à lucratividade e à produtividade a programas de participação nos lucros e nos resultados, culminando na precarização das condições de trabalho e na informalidade que graça até os dias atuais. Segundo o INSS (2011, p. 14), a reabilitação funcional é:

A assistência educativa ou reeducativa e de adaptação ou readaptação profissional, instituída sob a denominação genérica de habilitação ou reabilitação profissional, visando proporcionar aos beneficiários incapacitados parcial ou totalmente para o trabalho, em caráter obrigatório, independente de carência, e às “pessoas portadoras de deficiência”, os meios indicados para o reingresso no mercado de trabalho e no contexto em que vivem. A readaptação profissional procura tornar o indivíduo apto a retornar às atividades profissionais, proporcionando meios de adaptação às funções compatíveis com suas limitações.

Por meio de revisão da literatura, principalmente as publicações oficiais do INSS e análise crítica de artigos científicos que tratam do assunto reabilitação, buscamos refletir sobre o processo de reabilitação no Brasil, desde seu histórico e construção até a forma como é aplicado hoje. Com isso, buscamos compreender se o processo de reabilitação cumpre a sua finalidade de reinserção do trabalhador.

A REABILITAÇÃO PROFISSIONAL NO BRASIL

O decreto nº 7.036, de 10 de novembro de 1944 foi a primeira legislação a regulamentar a execução dos Serviços de Reabilitação Profissional (RP) no Brasil, com foco na prática da fisioterapia, na cirurgia ortopédica e reparadora e no ensino profissional em escolas profissionais especiais. As ações de Reabilitação Profissional foram desenvolvidas por Instituições Previdenciárias, os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), devido a característica da Previdência Social no Brasil à época: prestar atendimento a saúde além de

assistência ao trabalhador. Tal procedimento demonstra o modelo hospitalocêntrico nos primórdios da Reabilitação Profissional o qual é focado no modelo curativista.

Em 1960, a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), de número 3.807 de 26 de agosto de 1960, autorizou a Previdência Social a delegar o Serviço de Assistência Previdenciária de Reabilitação Profissional para a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR) e instituições afins. Três anos depois, no decreto nº 53.264 de 13 de dezembro de 1963, a Reabilitação Profissional retorna a responsabilidade da Previdência Social. “A assistência passaria a ser custeada por vários IAPs, porém a prestação do Serviço caberia a apenas um Instituto, cuja escolha seria de responsabilidade do Departamento Nacional de Previdência Social – DNPS”. Esse decreto também criou a Comissão Permanente de Reabilitação Profissional da Previdência Social – COPERPS com a finalidade de planejar, orientar, coordenar e fiscalizar o serviço no território brasileiro.

Entre 1970 e 1980, o Serviço de Reabilitação Profissional funcionava nos Centros de Reabilitação Profissional – CRP - unidades de grande porte, compostas de equipes multiprofissionais – e nos Núcleos de Reabilitação Profissional - NRP – unidades de pequeno porte, sendo composto de uma ou duas equipes multiprofissionais. As equipes eram compostas por médicos, fisioterapeutas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psicólogos, professores de nível secundário e superior, o atendimento era feito usualmente ao acidentado com sequelas físicas.

Na década de 1980, com a Constituição Federal de 1988 e o advento da responsabilidade do Estado sobre a saúde da população temos a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, marco que carregou e carrega consigo diversas e profundas mudanças nas políticas de saúde, uma delas poderia envolver a Reabilitação Profissional, conforme a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080), de 19 de setembro de 1990):

Entende-se por Saúde do Trabalhador, para fins desta Lei, o conjunto de atividades que se destina, através de ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990, p. 20).

Com as mudanças políticas e estruturais ocorridas, principalmente aquelas capitaneadas pela Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde no início da década de 1990, surgiram questionamentos a respeito da subordinação da gestão do serviço de Reabilitação Profissional ao SUS e, conseqüentemente, ao Ministério da Saúde. Com isso, no II Seminário de Atividades Previdenciárias, de 1994, foi decidido que a

Reabilitação Profissional passasse a ser vinculado à Previdência Social e não a Saúde, seu acesso não deveria ser universalizado e estaria, assim, condicionada à Seguridade Social.

Contudo, face a importância do assunto, faz-se necessário alguns comentários sobre seguridade social. No Brasil, a seguridade social é um conjunto de políticas sociais e composta de três pilares: 1) Previdência social - mecanismo de proteção social proporcionado mediante contribuição que tem como função garantir que as fontes de renda do trabalhador e de sua família sejam mantidas quando ele perde a capacidade de trabalhar; 2) Assistência social - política social de proteção não contributiva, que prove os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas. 3) Saúde pública - destinada a promover redução de risco de doenças e acesso a serviços básicos de saúde e saneamento (CAVALLIERI, 2009).

Desde 1994, Mendes ressalta a importância da Vigilância em Saúde do Trabalhador propondo uma mudança em relação ao modelo assistencial adotado; a inclusão de promoção e saúde, atuação nos determinantes sanitários, análise e ampla divulgação de informações sanitárias e atenção clínica. De acordo com esse modelo, estabelecer o território como elemento integrador das ações de assistência à saúde dos trabalhadores e de prevenção de agravos relacionados ao trabalho é primordial no entendimento de vigilância em saúde do trabalhador.

Por meio do Decreto nº 2.172, de 06 de março de 1997, a Reabilitação Profissional foi reestruturada, os Centros de Reabilitação Profissional e Núcleos de Reabilitação Profissional foram desativados e as atividades transferidas para as agências de benefícios do Instituto Nacional do Seguro Social.

Em 2001, em uma orientação interna que definia a descentralização dos procedimentos de Reabilitação Profissional e com a criação do Manual “Programa Reabilita”, foi aconselhado que o atendimento ao trabalhador fosse realizado por um perito médico e outro profissional de nível superior e não por uma equipe multiprofissional. Já em 2006, o Ministério da Saúde define:

Devido à abrangência de seu campo de ação, a Saúde do Trabalhador apresenta caráter intra-setorial, envolvendo todos os níveis de atenção e esferas de governo no SUS, e intersetorial (incluindo a Previdência Social, o trabalho, o meio ambiente, a Justiça, a educação e os demais setores relacionados com as políticas de desenvolvimento), o que exige uma abordagem interdisciplinar, com a gestão participativa dos trabalhadores (BRASIL, 2006, p. 14).

Reforçando a importância da intersetorialidade, interdisciplinaridade e atuação multiprofissional, em 2012, a portaria 1.823, de 16 de agosto institui a Política Nacional de

Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), que traz em seu escopo a importância do desenvolvimento de ações articuladas no Ministério do Trabalho, no Ministério da Previdência Social e no Ministério da Saúde para que o trabalho seja realizado sem prejuízo a saúde e integridade física e mental do trabalhador.

Contudo, na trajetória histórica da criação e consolidação do serviço de reabilitação no Brasil observam-se dificuldades ao se tratar dos aspectos intersetorialidade e multidisciplinaridade. Como quesitos primordiais e necessários para um melhor atendimento aos segurados, e maneira efetiva na pronta reabilitação, também deveriam englobar os programas preventivos no ambiente de trabalho visto que, parte dos casos de afastamento, a fonte geradora de doença é o próprio trabalho.

Tal entendimento deriva do fato de que os profissionais envolvidos no processo de avaliação, reabilitação e reinserção profissional dos trabalhadores, sejam eles ligados ao Instituto Nacional do Seguro Social ou aos próprios órgãos empregadores recorrem a exames diagnósticos para comprovação da situação/lesão do trabalhador não tendo visão ampliada e holística da situação do adoecimento (MININEL et al., 2012). Tal situação não é totalmente recíproca em outros países. A título de exemplo veremos a situação do Canadá e Dinamarca.

No Canadá, existe um guia de entrevista estruturado que estabelece um diagnóstico situacional de incapacidades no trabalho, sob as diversas perspectivas que envolvem esse contexto. O *Work Disability Diagnosis Interview*, desenvolvido pela Universidade de Sherbrooke, subsidia os profissionais de saúde a detectarem os fatores preditivos de maior importância para incapacidades, relacionadas ao trabalho, e a identificarem uma ou mais causas de absenteísmo prolongado. Após entrevista realizada por dois profissionais de saúde treinados, são identificados indicadores da situação de incapacidade para o trabalho e sinais vermelhos que funcionam como um sistema de bandeiras sinalizadoras de alerta. É importante estar atento aos indicadores da situação de incapacidade para o trabalho e sinais vermelhos ao longo da entrevista, pois são eles que irão respaldar a proposição do plano de intervenções para o retorno ao trabalho (MININEL et al., 2012).

Na Dinamarca, um estudo publicado pela Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho demonstrou a importância de equipes multidisciplinares no processo de retorno ao trabalho. O estudo analisou equipes formadas por fisioterapeuta, psicólogo, médico clínico geral ou do trabalho e psiquiatra que desenvolviam planos individuais de retorno ao trabalho junto ao trabalhador. Os participantes do estudo demonstraram satisfação e destacaram a importância de participarem nas decisões e o estabelecimento de uma relação de confiança com a equipe multidisciplinar.

De volta ao Brasil, em 2004 com a publicação do documento inicial e de preparação da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST), desenha-se o primeiro esboço para diretrizes que finalmente norteariam a segurança do trabalhador e assuntos como a Reabilitação, porém em uma das poucas frases que a referida Política cita a Reabilitação, as determinações são vagas e difíceis de serem praticadas. A exemplo, podemos citar a descrição da seguinte estratégia:

[...] Desenvolver programa de capacitação dos profissionais, para ações em segurança e saúde do trabalhador, abrangendo a promoção e vigilância da saúde, prevenção da doença, assistência e reabilitação [...] (BRASIL, 2004, p.13).

Em 2005 foi realizada uma consulta pública da primeira versão da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador. Apenas em 2008 é instalada a Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho (CT-SST) entre os Ministérios do Trabalho e Emprego, da Previdência Social e da Saúde, com o objetivo de avaliar e propor medidas para implementação no país da Convenção nº 187 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), que trata da Estrutura de Promoção da Segurança e Saúde no Trabalho com objetivo de revisar e atualizar PNSST.

Em 2012, fica instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e no tema Reabilitação observa-se novamente a amplitude de conceitos com pouco aprofundamento, orientações gerais sem fundamentações e explicações sobre como realizar na prática.

Conforme Maeno, Takahashi e Lima (2009), é urgente pensar que a reabilitação profissional objetiva combater as condições de trabalho precárias e adoecedoras. Não se identificam ainda por parte do Ministério da Previdência Social propostas que incluam alguns quesitos imprescindíveis para a construção de base de uma política pública, que permita efetivamente a reabilitação profissional, entendida como a inserção do trabalhador e que permita sua integração social. Políticas Públicas no Brasil geralmente apresentam noções muito amplas de conceitos e estratégias pouco delimitadas e direcionadas, a responsabilidade é transferida para as empresas e a Política serve apenas como guia, podendo gerar erros de interpretação e adequação de regras conforme conveniência do empregador.

O estudo de Ramos, Tittoni e Nardi (2008), demonstra que o retorno ao trabalho com restrições, se torna um modo de individualização do adoecimento. Assim, os casos ficam resolvidos de maneira pontual e individual sem a análise e intervenções nos ambientes, na organização e nas práticas laborais que possam estar sendo nocivas aos trabalhadores. “As

práticas de reabilitação, dessa forma, também marcam a incapacidade e a quase inutilidade dos trabalhadores, nas quais a vergonha e a culpa são as faces mais evidentes dessas estratégias de dominação” (RAMOS; TITTONI, NARDI, 2008, p. 219). Essa situação quando recorrente provoca novamente adoecimento e sofrimento, tornando o processo de reabilitação ele mesmo o início de um novo ciclo de afastamento do trabalho.

Segundo Cestari e Carlotto (2012), os trabalhadores têm a percepção que o programa de reabilitação profissional auxilia, mas não garante efetivamente o seu retorno para a empresa de forma eficaz, por não considerar suas potencialidades e limitações. O INSS é percebido como elo que sustenta o retorno, porém é a organização quem define a realização das atividades, reajustes não são considerados, não são feitas adaptações ao trabalho realizado anteriormente, destreza e aptidões são desconsideradas. Dessa forma, importante sugerir a interação entre INSS e empresas considerando que “a incapacidade laboral não envolve somente um recomeço a partir de uma seqüela física, um retorno à possibilidade de sustento, significa, ademais, a retomada de sua autoestima, identidade, autonomia e inclusão social” (CESTARI; CARLOTTO, 2012, p. 112). Mais uma vez observa-se a distância entre as normas e a prática a falta de interação entre órgãos que deveriam guiar o serviço de reabilitação e garantir a efetividade do programa de reabilitação. Além disso, o processo de participação do trabalhador no seu retorno é primordial para o sucesso da sua readaptação ao trabalho.

De acordo com Pereira (2013), para a construção de um serviço de Reabilitação Profissional efetivo faz-se necessário a superação da lógica previdenciária de diminuição de custos, buscando o atendimento real da necessidade do trabalhador de forma articulada intersetorialmente. Os sistemas de referência, contra referência e os serviços especializados são importantes no atendimento desse trabalhador para acolhimento, orientação e direcionamento efetivos podendo evitar novos afastamentos.

Além disso, a análise do ambiente de trabalho como fonte de adoecimento deve ser prioritária. Ela perpassa desde a formação dos gestores com boas habilidades sociais; cultura organizacional bem descrita e estabelecida; desenvolvimento pessoal e educação continuada; programas de qualidade de vida e bem-estar; programas efetivos de análise de riscos ambientais e proposição de medidas que realmente mitigam os riscos de doenças ocupacionais.

O Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional de 2016 traz em seu escopo uma visão ampliada e multicêntrica que considera diversos aspectos do processo de trabalho, como: relação entre trabalho e adoecimento, importância do território e

o mundo do trabalho, interdisciplinaridade e atendimento da equipe multiprofissional para reabilitação profissional, evolução do modelo biomédico e desenvolvimento do modelo biopsicossocial por meio da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). Observa-se a tentativa de evolução no sistema, porém ainda fica a sensação que é o “outro” que julga a situação do segurado e que este não se torna parte ativa da sua própria reabilitação. Também não observamos nenhuma menção a programas preventivos no trabalho. Assim, até no próprio processo de reabilitação o capital reafirma sua imposição para manutenção do lucro e das relações de trabalho adoecedoras onde o trabalhador é “manipulado” para a perpetuação do modo de produção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a centralidade do trabalho na vida humana, meio pelo qual o indivíduo se reconhece como ser social, se relaciona, constrói a si próprio, inserido no modo de produção em que vivemos e o conseqüente interesse destinado a acumulação do capital. Além da precarização do trabalho cada vez mais disseminada, temos uma realidade trabalhista longe do inicialmente imaginado quando adentramos no “mundo do labor”, o que era para ser uma fonte de renda, sentido e significado transformou-se em sinônimo de adoecer, parece cada vez mais impossível desvincularmos o processo de trabalho e adoecimento. Vivemos um momento político onde o foco não é a promoção da saúde do trabalhador, tão pouco se pensa em investimentos nas áreas preventivas. A precarização do trabalho tem aumentado e a análise do ambiente como gerador de adoecimento não é prioridade nas Políticas Públicas. Visto que o processo trabalhar e adoecer tem se vinculado de maneira preocupante, é necessário pensar agora na “doença do trabalho”.

Com a falta de efetividade das políticas de consolidação do SUS, a criação da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho e as tentativas de superação do modelo biomédico no contexto da reabilitação profissional, podemos observar que o caminho para um sistema sólido e que considere o ambiente de trabalho como gerador de adoecimento deve ser melhor estruturado e permeado por ações intersetoriais e multidisciplinares. Essas duas palavras “intersetorialidade” e “multidisciplinaridade” aparecem repetidamente nos manuais de Reabilitação, mas demonstram-se pouco praticadas no processo de retorno ao trabalho. Os sistemas de referência e contra referência, tão enfatizados na PNSST, que já não funcionam na Saúde Pública propriamente dita, também encontram seus entraves na Reabilitação Funcional gerando mais uma lacuna para o sistema e para o trabalhador.

Enquanto continuarmos trabalhando e adoecendo, faz-se importante pensar na criação e implantação de políticas internas de reabilitação no trabalho que norteiem diretores, gerentes e os próprios trabalhadores. O retorno ao trabalho pode apresentar aspectos positivos que promovem inclusão e verdadeira reinserção do trabalhador. Além da análise e mudança do ambiente de trabalho, desde que líderes conscientes e comprometidos estejam envolvidos no processo.

O retorno ao trabalho também pode apresentar aspectos negativos gerando sentimento de inutilidade, discriminação gerando novo afastamento do trabalhador. É necessário que a equipe que recebe de volta esse trabalhador esteja preparada para seu retorno.

Enquanto o trabalhador continuar sendo colocado como o centro do problema e não como parte do processo de adoecimento, teremos poucos avanços no processo de Reabilitação no Brasil. É importante que sejam realizados mais estudos e propostas de intervenção na temática como forma de subsídio as Políticas Públicas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto nº 2.172, de 5 de Março de 1997. Aprova o Regulamento dos Benefícios da Previdência Social. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 mar. 1997 Seção 1, p. 4199.

BRASIL. Decreto nº 53.264, de 13 de Dezembro de 1963. Dispõe sobre a Reabilitação Profissional na Previdência Social. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 dez. 1963. Seção 1, p.10606.

BRASIL. Decreto-lei nº 7.036, de 10 de Novembro de 1944. Reforma da Lei de Acidentes do Trabalho. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 nov.1944. Seção 1, p. 19241.

BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social. Diretoria de Saúde do Trabalhador – DIRSAT. **Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional Volume I**. Brasília, DF, 2016. 261 p.

BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social. Diretoria de Saúde do Trabalhador – DIRSAT. **Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional**. Brasília, DF, 2011. 89 p.

BRASIL. Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960. **Lex**: Coleção de Leis do Brasil, Brasília, v. 5, p. 196, 1960.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lex**: Diário Oficial da União, Brasília, seção 1, p. 18055, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. **Caderno 5 de atenção básica – saúde do trabalhador**. Brasília, DF, 2002. 63 p.

BRASIL. Ministérios do Trabalho e Emprego. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador**. Brasília, DF, 2004. 18 p.

BRASIL. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 ago. 2012. Seção 1, p. 43.

CESTARI, E.; CARLOTTO, M.S. Reabilitação profissional: o que pensa o trabalhador sobre sua reinserção. **Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 12, n. , p. 93-115, 2012.

DEJOURS, C. **Psicodinâmica do Trabalho**: contribuição da escola dejuriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: FGV, 1999.

MAENO M.; TAKAHASHI, M. A. C.; LIMA, M. A. G. Reabilitação profissional como política de inclusão social. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v.16, p. 53-58, 2009.

MARX, K. **O capital, crítica da economia política**: v. 1. Livro 1. Rio de Janeiro, RJ: Bertrand Brasil. 1989.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-9, 1991. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2977.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2017.

MININEL, A. V. et al. Adaptação transcultural do Work Disability Diagnosis Interview (WoDDI) para o contexto brasileiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, p. 1-9, 2012.

NAVARRO, V. L.; PADILHA, V. Dilemas do trabalho no capitalismo contemporâneo. **Revista Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 19, Edição Especial 1, p. 14-20, 2007.

PEREIRA, M. C. C. **O serviço de reabilitação profissional previdenciário**: desafios para sua consolidação. 2013. 119 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.

PRADO FILHO, J. M. A reabilitação profissional no regime geral de previdência social. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, v.12, n. 121, 2 fev. 2014. Disponível em:<http://ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=14301&revista_caderno=20>. Acesso em 28 fev. 2018.

RAMOS, M. Z.; TITTONI, J.; NARDI, H. C. A experiência de afastamento do trabalho por adoecimento vivenciada como processo de ruptura ou continuidade nos modos de viver. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, S.l. vol. 11, n. 2, p. 209-22, 2008.

ARTIGO 2: A EXPERIÊNCIA DO RETORNO AO TRABALHO DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.

¹Moara Ludmila Rosa Lima

²Winston Kleiber De Almeida Bacelar

RESUMO

Os hospitais são organizações caracterizadas por uma estrutura complexa. A equipe de enfermagem representa grande parte dos trabalhadores dessas organizações. Com histórico voltado para a dedicação intensa ao trabalho e inserido em um ambiente com exposição a diversos riscos: químico, biológico, físico, ergonômico além do risco a saúde mental esses profissionais podem apresentar adoecimento e afastamento de suas funções. Após o afastamento o trabalhador poderá ser readaptado. A experiência da readaptação e suas consequências são os objetos desse estudo.

PALAVRAS-CHAVE: Reabilitação profissional, adoecimento, trabalho, readaptação.

ABSTRACT

Hospitals are organizations characterized by a complex structure, the nursing team comprises a large part of the workers of these organizations. With a history focused on intense dedication to work and inserted in an environment with exposure to several risks: chemical, biological, physical, ergonomic, besides the risk to mental health, these professionals may present illness and distance from their functions. After leaving, the worker can be readapted. The experience of readaptation and its consequences are the objects of this study.

KEYWORDS: Professional rehabilitation, illness, work, readaptation.

INTRODUÇÃO

Os hospitais são organizações caracterizadas por uma estrutura complexa, rígida e burocrática. Um ambiente onde pessoas cuidam de pessoas, e permeado por processos interdependentes que podem ser comparados a uma engrenagem onde uma peça depende da outra para funcionar. Tal engrenagem sofre maior impacto nos setores assistenciais onde o foco é o cuidado, com trabalho realizado sob pressão e cobrança, existindo controle de tempo para realização de tarefas, com responsabilidade intensificada pela possibilidade da ocorrência de iatrogenia, além da exposição de seus trabalhadores a riscos de ordem biológica, física, química, ergonômica, mecânica, psicológica e social (FARIA; BARBOZA; DOMINGOS, 2005). Além desses fatores, observamos que o aumento da tecnologia acaba exigindo mais do trabalhador e os programas de segurança do paciente trazem consigo uma intensificação na busca de atingir metas e consequente pressão aumentada para cumprimento de todos os objetivos organizacionais.

Inserido nesse ambiente, os trabalhadores de enfermagem representam a maior parte de funcionários dentro de um hospital e, segundo Elias e Navarro (2006) as atividades exercidas por esses trabalhadores estabelecem-se como insalubres e de difícil execução,

envolvendo risco a saúde devido ao manejo de materiais químicos e biológicos infectantes, além dos riscos à saúde mental, pelo alto nível de tensão a que estão sujeitados.

O trabalhador de enfermagem com histórico voltado à dedicação intensa ao trabalho, muitas vezes cumprindo jornada dupla em vínculos empregatícios diferentes ou submetendo-se a plantões e períodos prolongados de trabalho para complementação de renda; expostos a submissão a outros profissionais da área de saúde e a riscos ambientais e psicossociais, somente se afastam das atividades laborais quando seus agravos à saúde se tornam insustentáveis (BATISTA; JULIANI; AYRES, 2010).

O afastamento é um direito do trabalhador, conforme definição da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991:

A Previdência Social, mediante contribuição, tem por fim assegurar aos seus beneficiários meios indispensáveis de manutenção, por motivo de incapacidade, desemprego involuntário, idade avançada, tempo de serviço, encargos familiares e prisão ou morte daqueles de quem dependiam economicamente. O Auxílio Doença é um benefício devido ao segurado que, após cumprir a carência, quando for o caso, ficar incapacitado para o trabalho ou atividade habitual, por motivo de doença, nos casos de segurado(a) empregado(a) por mais de 15 dias consecutivos, e para as demais categorias a partir da data do início da incapacidade (BRASIL, 1991, p. 23).

O processo de afastamento, temporário ou definitivo do trabalho, pode gerar um impacto negativo na vida do trabalhador. Tal impacto pode ser psicológico, pelo sentimento de incapacidade da produtividade laboral e até mesmo impacto financeiro, visto que é cada vez mais comum a prática de pagamento prêmio vinculado à eficiência, ou seja, quando afastado o trabalhador não recebe seu provento de forma integral.

Após o período de afastamento o trabalhador pode passar por readaptação assim definida pelo Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS)

A assistência educativa ou reeducativa e de adaptação ou readaptação profissional, instituída sob a denominação genérica de habilitação ou reabilitação profissional, visando proporcionar aos beneficiários incapacitados parcial ou totalmente para o trabalho, em caráter obrigatório, independente de carência, e às “pessoas portadoras de deficiência”, os meios indicados para o reingresso no mercado de trabalho e no contexto em que vivem. A readaptação profissional procura tornar o indivíduo apto a retornar às atividades profissionais, proporcionando meios de adaptação às funções compatíveis com suas limitações (BRASIL, 2011, p. 56).

A readaptação funcional do servidor público federal, por redução de capacidade laboral, de acordo com a Lei Federal, nº 8.112/1990, “é a investidura do servidor em cargo de

atribuições e responsabilidades compatíveis com a limitação que tenha sofrido em sua capacidade física ou mental, verificada em inspeção médica/odontológica”.

A reabilitação profissional do INSS tem como um dos objetivos superar uma perspectiva de isolamento e fragmentação para a construção de um serviço calcado na ideia de Política Pública de Seguridade Social. A reabilitação profissional não é uma práxis de responsabilidade apenas do INSS, mas também corresponsabilidade de outros parceiros de políticas igualmente integrativas como a Saúde, a Assistência Social, o Trabalho e Emprego, a Educação e os Direitos Humanos. Além disso, políticas integradas devem definir suas ações a partir da diversidade das realidades que estão inseridas, para assim fazerem sentido e produzirem efeito na melhoria da vida dos grupos e indivíduos atendidos (BRASIL, 2016).

Porém não conseguimos observar isso na prática, estudos como o de Vieira (2013) e Baptista (2014), demonstram que a readaptação pode não funcionar muito bem, pois nem sempre teremos uma equipe apta a trabalhar as potencialidades do profissional readaptado. Algumas dificuldades podem se manifestar, como o sentimento de exclusão, perda de vínculo com seu grupo, agravando a fragilidade provocada pelo adoecimento. Para isso uma mudança de comportamento se faz necessária, na formação profissional, com enfoque na saúde do trabalhador e no processo de organização do trabalho, para que haja valorização e respeito ao mesmo, em suas potencialidades e limitações (BATISTA; JULIANI; AYRES, 2010).

Diante da necessidade de compreender melhor sobre o processo de readaptação e suas consequências, delineou-se a seguinte questão: Como funciona o processo de readaptação de trabalhadores de enfermagem em hospital universitário? Para tanto desenvolveu-se o estudo com o objetivo de compreender como o trabalhador é recebido de volta ao seu trabalho e se esse processo é positivo.

CAMINHO METODOLÓGICO

A pesquisa qualitativa é aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas, tanto no seu advento quanto nas suas transformações, como construções humanas significativas (BARDIN, 1977). Assim, a abordagem qualitativa aplica-se ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produto das interpretações que os seres humanos fazem de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (TURATO et al., 2008).

Para Bardin (2010) a análise de conteúdo se constitui de várias técnicas onde se busca descrever o conteúdo emitido no processo de comunicação, seja ele por meio de falas ou de

textos. Desta forma, a técnica é composta por procedimentos sistemáticos que proporcionam o levantamento de indicadores (quantitativos ou não) permitindo a realização de inferência de conhecimentos.

Foram aplicados questionários semiestruturados, conforme apêndice 1, a 20 profissionais de enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia nos setores de Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Unidade de Terapia Intensiva Adulto; Enfermaria de Ginecologia e Obstetrícia; Setor de Materiais de Esterilização e Pronto Socorro. Tais setores foram selecionados, devido ao número progressivo de afastamentos entre os anos de 2010 a 2015. Essa constatação se deu a partir da coleta de dados primários dos servidores vinculados ao Regime Jurídico Único no setor de Perícia em Saúde que está vinculado à Diretoria de Qualidade de Vida e Saúde do Servidor (DIRQS), por sua vez inserida na Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas da Universidade Federal de Uberlândia. Por se tratar de um Hospital com regimes de contratação misto, também coletamos dados junto à Fundação de Assistência, Estudo e Pesquisa de Uberlândia (FAEPU), para aqueles trabalhadores vinculados ao Regime Celetista, tais dados foram coletados junto ao Núcleo de Assistência de Saúde do Servidor (NASS).

Para a seleção dos participantes, levaram-se em conta os enfermeiros e técnicos de enfermagem que exerciam atividades após readaptação. Contamos com a colaboração das chefias de setor que indicaram os trabalhadores que foram readaptados no seu setor ou que foram transferidos, assim como aqueles que mudaram de função dentro do mesmo setor. Existe uma dificuldade técnica na busca de informações tanto no setor de Perícia em Saúde quanto no NAAS, os dados não são específicos, a estratificação é confusa, os sistemas de informação não são completos e a busca de informações é centralizada em apenas um responsável. Assim, tentamos demonstrar os dados da maneira mais clara possível e contando com o auxílio das chefias imediatas dos setores para maior detalhamento das informações.

A aplicação do questionário aconteceu no local e o horário de trabalho, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme apêndice 2, foi lido e explicado ao participante, solicitado assinatura e entregue uma cópia ao mesmo após aceite na participação na pesquisa. O questionário foi entregue em mãos e após período definido pelo participante o questionário era recolhido. Alguns trabalhadores optaram por responder e entregar no mesmo momento da abordagem, para esses casos, foram direcionados a um ambiente tranquilo sem presença de outras pessoas, para preenchimento das respostas.

Dos participantes, 15 são técnicos de enfermagem (75%), 3 enfermeiros (15%) e 2 auxiliares de enfermagem (10%). 18 são mulheres (90%) e 2 homens (10%), com idades entre

28 e 55 anos. Desses, 5 foram transferidos de setor (25%), 13 mudaram de função dentro do mesmo setor (65%), 2 mudaram o turno de trabalho no setor (10%).

A pesquisa obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, e para preservar a confidencialidade, os participantes foram nomeados por meio da letra “T” e número arábico na sequência em que responderam aos questionários.

RESULTADOS

Após a coleta e organização dos dados primários, juntamente com a abordagem dos dados secundários, observamos que o afastamento no período analisado é um crescente, e tal constatação pode ser visualizado no quadro 1 a seguir referente à UTI pediátrica:

Quadro 1 – Número de afastamentos, total de dias de afastamento e total de servidores afastados no setor UTI Pediátrica nos anos de 2010 a 2015.

| Setor: UTI PEDIÁTRICA | | | |
|------------------------------|---------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| Ano | Nº de afastamentos | Total de dias de afastamento | Total de servidores afastados |
| 2010 | 6 | 39 | 4 |
| 2011 | 7 | 50 | 5 |
| 2012 | 8 | 71 | 8 |
| 2013 | 11 | 80 | 5 |
| 2014 | 20 | 212 | 10 |
| 2015 | 27 | 313 | 11 |

Fonte: SIAPENet - Módulo Saúde. Portal e Núcleo de Assistência à Saúde do Servidor (NASS). Org.: LIMA, M.L.R., 2018.

O quadro 1 mostra essa progressividade nos afastamentos de profissionais da UTI pediátrica de maneira alarmante. Entre os anos de 2010 a 2015 o quadro demonstra um aumento de 450% no número de afastamentos, 802% no total de dias de afastamento e 275% no total de servidores afastados. Segundo a pesquisa com dados primários, os principais motivos de afastamento na UTI pediátrica no dado período foram devido a transtornos mentais como ansiedade e depressão, reação ao estresse, dor abdominal, dengue e enxaqueca. Tal situação se repete na UTI Neonatal, não com os mesmos números, mas mesmo assim com expressividade, como pode ser analisado no Quadro 2, a seguir:

Quadro 2 – Número de afastamentos, total de dias de afastamento e total de servidores afastados no setor UTI Neonatal nos anos de 2010 a 2015.

| Setor: UTI NEONATAL | | | |
|----------------------------|---------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| Ano | Nº de afastamentos | Total de dias de afastamento | Total de servidores afastados |
| 2010 | 71 | 985 | 22 |
| 2011 | 70 | 980 | 22 |
| 2012 | 82 | 1020 | 23 |
| 2013 | 91 | 1300 | 30 |
| 2014 | 130 | 1434 | 31 |
| 2015 | 147 | 1786 | 33 |

Fonte: SIAPENet - Módulo Saúde. Portal e Núcleo de Assistência à Saúde do Servidor (NASS). Org.: LIMA, M.L.R., 2018.

No quadro 2 observamos o aumento de 207% no número de afastamentos, 181% no total de dias de afastamento e 150% no total de servidores afastados. Segundo os dados primários, os principais motivos de afastamento no período foram devido a transtornos ansiosos, depressivos, sinusite, dor abdominal, cistite e hipertensão primária. Seguindo a tendência crescente de afastamentos e considerando que eles se repetem em setores de terapia intensiva, temos abaixo a os dados da UTI adulto, conforme quadro 3:

Quadro 3 – Número de afastamentos, total de dias de afastamento e total de servidores afastados no setor UTI Adulto nos anos de 2010 a 2015.

| Setor: UTI ADULTO | | | |
|--------------------------|---------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| Ano | Nº de afastamentos | Total de dias de afastamento | Total de servidores afastados |
| 2010 | 21 | 543 | 11 |
| 2011 | 22 | 603 | 12 |
| 2012 | 22 | 722 | 13 |
| 2013 | 35 | 989 | 20 |
| 2014 | 68 | 1132 | 22 |
| 2015 | 84 | 1145 | 33 |

Fonte: SIAPENet - Módulo Saúde. Portal e Núcleo de Assistência à Saúde do Servidor (NASS). Org.: LIMA, M.L.R., 2018.

No quadro 3 ressaltamos o aumento de 400% no número de afastamentos, 210% no total de dias de afastamento e 300% no total de servidores afastados. Os principais motivos de afastamento no dado período foram por dor lombar, dor abdominal e pélvica, colangite e reação aguda ao estresse. Na mesma vertente de aumento de afastamentos temos no quadro 4 a enfermaria de Ginecologia e Obstetrícia:

Quadro 4 – Número de afastamentos, total de dias de afastamento e total de servidores afastados no setor Enfermaria de Ginecologia e Obstetrícia nos anos de 2010 a 2015.

| Setor: ENFERMARIA GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA | | | |
|--|---------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| Ano | Nº de afastamentos | Total de dias de afastamento | Total de servidores afastados |
| 2010 | 12 | 104 | 7 |
| 2011 | 13 | 110 | 8 |
| 2012 | 15 | 122 | 10 |
| 2013 | 17 | 135 | 11 |
| 2014 | 20 | 157 | 11 |
| 2015 | 21 | 170 | 13 |

Fonte: SIAPENet - Módulo Saúde. Portal e Núcleo de Assistência à Saúde do Servidor (NASS). Org.: LIMA, M.L.R., 2018.

No quadro 4 notamos o aumento de 175% no número de afastamentos, 163% no total de dias de afastamento e 185% no total de servidores afastados. Os principais motivos de afastamento no período foram por transtornos ansiosos e depressivos, dor abdominal e pélvica, enxaqueca e cólica nefrítica. A seguir, no quadro 5, observamos os dados também crescentes do setor de Materiais de Esterilização:

Quadro 5 – Número de afastamentos, total de dias de afastamento e total de servidores afastados no setor de Materiais de Esterilização nos anos de 2010 a 2015.

| Setor: SETOR DE MATERIAIS DE ESTERILIZAÇÃO | | | |
|---|---------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| Ano | Nº de afastamentos | Total de dias de afastamento | Total de servidores afastados |
| 2010 | 9 | 86 | 4 |
| 2011 | 9 | 112 | 6 |
| 2012 | 10 | 120 | 9 |
| 2013 | 16 | 212 | 9 |
| 2014 | 21 | 180 | 10 |
| 2015 | 25 | 321 | 12 |

Fonte: SIAPENet - Módulo Saúde. Portal e Núcleo de Assistência à Saúde do Servidor (NASS). Org.: LIMA, M.L.R., 2018.

No quadro 5 fica demonstrado o aumento de 277% no número de afastamentos, 373% no total de dias de afastamento e 300% no total de servidores afastados. Os principais motivos de afastamento no período foram por episódios depressivos, dorsalgia, cólica nefrítica e conjuntivite. Também com dados alarmantes, no quadro 6, analisamos o setor Pronto socorro:

Quadro 6 – Número de afastamentos, total de dias de afastamento e total de servidores afastados no setor Pronto Socorro nos anos de 2010 a 2015.

| Setor: PRONTO SOCORRO | | | |
|------------------------------|---------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| Ano | Nº de afastamentos | Total de dias de afastamento | Total de servidores afastados |
| 2010 | 21 | 264 | 16 |
| 2011 | 21 | 270 | 16 |
| 2012 | 30 | 322 | 17 |
| 2013 | 32 | 401 | 22 |
| 2014 | 41 | 472 | 24 |
| 2015 | 46 | 529 | 26 |

Fonte: SIAPENet - Módulo Saúde. Portal e Núcleo de Assistência à Saúde do Servidor (NASS). Org.: LIMA, M.L.R., 2018.

No quadro 6 observa-se o aumento de 219% no número de afastamentos, 200% no total de dias de afastamento e 162% no total de servidores afastados. Os principais motivos de afastamento no período foram devido a episódios depressivos e de ansiedade, transtorno de adaptação, dor abdominal, dor lombar e cefaleia.

Após organização e análise dos dados secundários, podemos observar que as doenças mais prevalentes associadas ao afastamento de trabalhadores de enfermagem no HC-UFU nos anos de 2010 a 2015 são as dores abdominal e pélvica e transtornos mentais, com destaque para depressão e ansiedade.

Após realização das leituras dos questionários, se destacaram 4 categorias temáticas conforme demonstramos a seguir. São elas: Processo negativo no retorno, perda de vínculo, processo positivo no retorno e condições de trabalho.

Processo negativo no retorno

Diante da análise, alguns temas foram explorados de acordo com os discursos dos trabalhadores. O primeiro a chamar atenção é o processo negativo no retorno e a falta de amparo por parte da chefia e da equipe, conforme os relatos abaixo:

“Não me senti confortável, me olharam de canto de olho como se eu fosse um peso morto (T1)”.

“A chefia não me deu apoio, me jogou em qualquer canto. Ela mal sabia o dia do meu retorno, parece que levou um susto quando me viu (T3)”.

“Fica a sensação que estou de frescura, fingindo uma doença (T5)”.

No estudo de Batista, Juliani e Ayres (2010), a readaptação pode ser uma experiência negativa se feita de maneira impositiva sem incluir o profissional no processo. A solução para suas limitações deve ser definida junto à equipe e a gerência a que está vinculado, com diálogo e esclarecimentos para evitar constrangimentos ao profissional readaptado. Segundo Baptista (2014), o profissional readaptado pode se sentir isolado, mesmo sendo parte da equipe de enfermagem. Além disso, o isolamento também pode ser sentido devido a mudança de setor ou turno pelo processo de readaptação, como podemos observar nos relatos abaixo na categoria temática denominada “perda de vínculo”.

Perda de vínculo

A perda de vínculo é destacada como parte do processo negativo no retorno. Como alguns trabalhadores apresentam restrições de atividade, a readaptação pode estar atrelada a mudança de setor.

“Mudei de setor e de turno, perdi o contato com os colegas, sinto falta do vínculo com as pessoas (T7)”.

“Não tenho dificuldade de fazer amizade, mas sinto falta dos meus colegas (T9)”.

“Me olharam torto, não me senti bem (T1)”.

Os relacionamentos interpessoais no trabalho são necessários para o desenvolvimento do trabalho em equipe. O vínculo construído torna o grupo de trabalho unido, integrado e uniforme, formando um sistema de ajuda mútua com troca de conhecimentos, experiências e práticas, valorizando a equipe e as partes que a compõem (FERNANDES et al., 2015)

Conforme Baptista (2014), ao ser transferido para outro setor, muitas vezes o trabalhador não está apto ou treinado para assumir a nova função, e algumas vezes é recebido

como mais um problema. As atividades, na maioria das vezes, são consideradas menos importantes, logo, desvalorizadas.

Processo positivo no retorno

Em contrapartida, alguns setores e equipes parecem estar mais bem preparados para receber os trabalhadores no seu retorno. Destacamos, assim, outro aspecto na análise dos discursos, onde o processo de retorno foi positivo e o trabalhador bem acolhido.

“Fui muito bem recebida, fizeram até festinha (T2)”.

“Quando voltei, estava tudo preparado pra me receber. Me senti até importante (T14)”.

“Minha chefia conversou muito comigo, procurou saber como eu me sentia e o que esperava da readaptação (T16)”.

“Me senti acolhido, foram carinhosos comigo (T6)”.

O trabalhador demonstra sentimento positivo quanto à readaptação quando inserido no próprio processo de retorno, participando do planejamento e quando vê significado de mudança e contato com experiências novas, à volta a convivência e relacionamento com os colegas de trabalho e chefias. O afastamento deixa de significar sofrimento para se transformar em satisfação em ser produtivo novamente (BATISTA; JULANI; AYRES, 2010).

De acordo com Gracioli et al. (2017, p. 3): “o acolhimento é sentido como um facilitador no retorno ao trabalho. Assim, o sentimento de pertencimento ao grupo agrega-se ao fato de sentir-se capaz de estabelecer diálogos com os colegas”.

Condições de trabalho

Por fim, as condições de trabalho são destacadas como possíveis causas dos afastamentos, conforme os relatos:

“Carregamos muito peso, tinha que ter um jeito disso mudar (T4)”.

“Os movimentos são repetitivos, dói muito os ombros (T1)”.

“Se tivesse um dispositivo pra ajudar a levantar ou movimentar o paciente ia ajudar muito (T10)”.

O estudo de Oliveira e Almeida (2017, p. 7) destaca o trabalho da equipe de enfermagem como “Um trabalho repetitivo, que demanda esforço físico, levantamento de peso (pacientes com sobrepeso ou obesidade), posturas inadequadas, que são exigidas durante a prestação de cuidados”.

Torna-se urgente e desafiador pensar em maneiras de mudar a organização do trabalho, analisar e modificar fatores ergonômicos intrínsecos e até arranjo arquitetônico para

promover um melhor ambiente de trabalho para a enfermagem a fim de evitar afastamentos, principalmente, por distúrbios osteomusculares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se uma disparidade do que é proposto em lei do que é realmente vivenciado e executado. Os manuais do INSS e as normas buscam a inserção do trabalhador readaptado, porém observamos uma carência de programas efetivos de readaptação nos locais de estudo analisados. O preparo de gestores deve ser priorizado, com o objetivo de superar uma perspectiva de isolamento e fragmentação para a construção de um serviço calcado na integração de todas as etapas do processo de readaptação.

O sofrimento nas organizações extrapola o processo de adoecimento em si e, também, pode ser vivido no retorno ao trabalho. É necessário pensar a reabilitação profissional para além do que é feito no programa de reabilitação profissional da Previdência Social e da clássica reabilitação clínica oferecida em diferentes serviços de saúde, mas, também, considerá-la como um processo dinâmico de atendimento global do trabalhador que deve envolver prevenção, tratamento, reabilitação, readaptação e reinserção no trabalho.

A readaptação é um processo dinâmico e quando bem executada em todas as suas etapas, reinsere o trabalhador de modo completo e satisfatório. Ressignifica o trabalho, traz sentido benéfico ao retorno, minimiza novos afastamentos e tem caráter inclusivo e acolhedor ao trabalhador. Tal processo é complexo e deve ser tratado como tal, as etapas devem ser bem definidas, os encaminhamentos no sistema de referência e contra referência devem estar disponíveis e serem efetivos.

Importante ressaltar as medidas preventivas, hoje pouco desenvolvidas e priorizadas. A análise do ambiente e das condições de trabalho na enfermagem precisam ser pensadas e estratégias eficazes devem ser definidas e adotadas para redução dos afastamentos. O ambiente de trabalho adoecedor, causador de esforço físico e prejudicial à ergonomia deve ser analisado para adentrarmos ao cerne da questão que é superar o modelo curativista e evoluir para uma modelo de prevenção.

Além disso, estratégias de readaptação ou programas de readaptação podem ser desenvolvidos nos setores inserindo os gestores para o manejo e recebimento deste trabalhador, incluindo-o no próprio processo de readaptação para que se sinta acolhido e parte integrante da equipe novamente. Tão importante quanto o retorno ao trabalho é como esse trabalhador vai ser recebido. A readaptação ainda é um estigma para alguns trabalhadores e pode ser superada com o correto preparo e desenvolvimento dos envolvidos no processo.

Também é necessário pensar sobre a humanização no trabalho. O sofrimento mental é uma realidade entre os trabalhadores de enfermagem, visto que a convivência com o sofrimento humano, a morte, as pressões geradas por um trabalho diretamente relacionado à responsabilidade exacerbada e o próprio desgaste suscitado pelos conflitos do trabalho em equipe acabam por consumir o psicológico desse trabalhador.

Percebemos muitos vieses neste processo tão complexo e que envolve tantos atores em prol do retorno ao trabalho. Cada etapa apresenta desafios na superação de modelos já arraigados, em todas as etapas o trabalhador pode sofrer influencia negativa de um retorno mal ajustado. Analisando a escassez de literatura sobre o tema faz-se necessário mais estudos, pesquisas e intervenções sobre a readaptação do trabalhador de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- BAPTISTA, P. C. P. **Incapacidade no trabalho: a compreensão de gerentes de enfermagem**. 2014. 147 f. (Tese) Concurso de livre docente – Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70 Ltda, 1977.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70 Ltda, 2010.
- BATISTA, J. M.; JULIANI, C. M.; AYRES, Jairo Aparecido. O processo de readaptação funcional e suas implicações no gerenciamento em Enfermagem. **Revista Latino- Americana de enfermagem**, v. 18, n. 1, jan./fev. 2010.
- BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social. Diretoria de Saúde do Trabalhador – DIRSAT. **Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional Volume I**. Brasília, DF, 2016. 261 p.
- BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social. Diretoria de Saúde do Trabalhador – DIRSAT. **Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional**. Brasília, DF, 2011. 89 p.
- BRASIL. Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. **Lex: Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, p. 23935, 1990.
- BRASIL. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. **Lex: Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, p. 14809, 1991.
- ELIAS, M., A.; NAVARRO, V., L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Revista Latino- Americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 517-525, jul./ago. 2006.

FARIA, A., C.; BARBOZA, D. B.; DOMINGOS, N. A. M. Absenteísmo por transtornos mentais na enfermagem no período de 1995 a 2004. **Revista Arquivos de ciências da saúde**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 14-20, jan./mar. 2005.

FERNANDES, H. N. et al. Relacionamento interpessoal no trabalho da equipe multiprofissional de uma unidade de saúde da família. **Journal of Research Fundamental Care Online**, Rio de Janeiro, v. 7, n.1, p. 1915-192, jan./mar. 2015.

GRACIOLI, J. C. et al. Estratégias utilizadas por enfermeiros na readaptação funcional de trabalhadores de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 21, e-1030. 2017.

OLIVEIRA, V. C.; ALMEIDA, R. J. Aspectos que Determinam as Doenças Osteomusculares em Profissionais de Enfermagem e seus Impactos Psicossociais. **Journal of Health Sciences**, S.l., v. 19, n. 2, p. 130-135, 30 mar. 2017.

TURATO, E. R. et al. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. 17-27, jan. 2008.

VIEIRA, R. C. **Readaptação funcional de professores no serviço público: a organização como determinante de conflitos intersubjetivos e dramas pessoais**. 2013. 118 f. (Dissertação) Mestrado em Engenharia da Produção - Escola de Engenharia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho e suas diversas dimensões, nucleadas nas concepções do homem como ator ou como autor da sua própria história nos leva a uma complexidade de análise de diversos vieses do mundo do labor. Inserida a essa complexidade, temos o advento do capitalismo, transformador da relação do homem com a natureza e dos homens entre si, estimulando a busca por acumulação de capital e soberania deste sobre a vida. Observamos cada vez mais a associação trabalho/adoecimento no modo de produção em que vivemos, parecendo cada vez mais distante desvincularmos esse binômio.

Em um dos diversos ambientes de trabalho existente, temos os hospitais e os trabalhadores de enfermagem que compõem uma equipe presente 24 horas por dia frente ao cuidado e expostos a diversos riscos ambientais e organizacionais. Os hospitais são reconhecidamente insalubres, perigosos e representam alto risco de acidentes e doenças ocupacionais, além de gerador de sofrimento psíquico devido às condições de trabalho sob pressão e extrema responsabilidade. Além disso, faz-se presente a sobrecarga de trabalho devido a longos períodos de jornada laboral; trabalho noturno; manipulação de produtos químicos; exposição à radiação; sustentação de excesso de peso durante a assistência ao paciente. Também podemos enumerar multiplicidade de funções, repetitividade e monotonia, intensidade e ritmo excessivo de trabalho, ansiedade, esforços físicos, posições incômodas, tudo isso num cenário permeado por sucateamento da Saúde e dificuldades em se manter quadro de funcionários adequado à assistência em muitos serviços. Além da falta de recursos humanos também é uma realidade a falta de recursos materiais.

Os motivos de adoecimento nos profissionais de enfermagem compreendem os mais diversos, atingindo vários órgãos e anexos tais como: doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, lesões, envenenamentos e consequências de causas externas, doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho digestivo, doenças infecciosas e parasitárias, doenças de olho e anexos, doenças do aparelho geniturinário, doenças de ouvido, doenças de pele e tecido subcutâneo, doenças de sangue e órgãos hematopoiéticos, doenças do sistema nervoso, causas externas de morbidade e transtornos mentais e comportamentais.

Esses motivos foram demonstrados na pesquisa, dando destaque aos transtornos de ansiedade e depressão, estresse, dores e cefaleia. Observamos como tem se tornado crítico e progressivo o aumento no número de afastamentos devido a doença, evidenciamos os números máximos de aumento de 450% no número de afastamentos, 802% no total de dias de

afastamento e 300% no total de servidores afastados, no período de 2010 a 2015, damos destaque a esses números, por serem os maiores, porém a tendência progressiva foi observada em todos os setores estudados. Correlacionando transtornos de ansiedade e depressão, estresse, dores e cefaleia como geradores de afastamentos do trabalho, podemos observar como o trabalho da enfermagem tem se tornado penoso e suscitado sofrimento mental e físico.

Ao longo deste trabalho, estudamos e analisamos desde a construção do serviço de reabilitação e suas vertentes ao processo de retorno efetivo dos trabalhadores de enfermagem. Podemos compreender quão complexo se torna o processo de adoecimento e retorno ao trabalho. Processo que perpassa desde o adoecimento em si, procedimentos durante o afastamento até o acolhimento e expectativa de retorno. Importante destacar como se faz necessário que o trabalhador faça parte de seu processo e planejamento de retorno, não sendo ser passivo a esse. A sensação de inutilidade e incapacidade gerada na não inserção do seu processo de retorno pode ocasionar sofrimento e novo afastamento. Também se torna primordial a implantação de programas internos de readaptação ao trabalho incluindo capacitação de gestores para manejo dos casos.

Além disso, fica claro como a legislação tenta delinear e nortear algo que ainda não atingimos, ainda não temos um sistema de saúde que permita ações multidisciplinares e intersetoriais realmente efetivas no campo da reabilitação. É necessária uma estruturação mais profunda com sistemas de referência e contra referência bem delimitados, com atores definidos e capacitados, um sistema a altura da complexidade do processo de Reabilitação. Ademais não podemos evoluir enquanto programa de reabilitação se a base da prevenção não está nem próxima de ser pensada e trabalhada. Pontos como a prevenção e vigilância em saúde do trabalhador são primordiais para mitigarmos o cenário assustador de adoecimento e afastamento que vivenciamos.

REFERÊNCIAS

- BAPTISTA, P. C. P. **Incapacidade no trabalho: a compreensão de gerentes de enfermagem**. 2014. 147 f. (Tese) Concurso de livre docente – Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.
- BARBOZA, D. B.; SOLER, Z. A. S. G. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. **Revista Latino- Americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 177-183, mar./abr. 2003.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70 Ltda, 1977.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70 Ltda, 2010.
- BATISTA, J. M.; JULIANI, C. M.; AYRES, Jairo Aparecido. O processo de readaptação funcional e suas implicações no gerenciamento em Enfermagem. **Revista Latino- Americana de enfermagem**, v. 18, n. 1, jan./fev. 2010.
- BERTOLETTI, J.; CABRAL, P. M. F. Saúde Mental do Cuidador na Instituição Hospitalar. **Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 23, n. 1, p. 103-110, jan./mar. 2007.
<https://doi.org/10.1590/S0102-37722007000100012>
- BORSOI, I. C. F.; CODO, W. Enfermagem, trabalho e cuidado. In: CODO, W. **Sofrimento psíquico nas organizações: saúde mental e trabalho**. Petrópolis: Vozes, 1995. cap. 8, p. 39-151.
- BRASIL. Decreto nº 2.172, de 5 de Março de 1997. Aprova o Regulamento dos Benefícios da Previdência Social. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 mar. 1997 Seção 1, p. 4199.
- BRASIL. Decreto nº 53.264, de 13 de Dezembro de 1963. Dispõe sobre a Reabilitação Profissional na Previdência Social. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 dez. 1963. Seção 1, p.10606.
- BRASIL. Decreto-lei nº 7.036, de 10 de Novembro de 1944. Reforma da Lei de Acidentes do Trabalho. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 nov.1944. Seção 1, p. 19241.
- BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social. Diretoria de Saúde do Trabalhador – DIRSAT. **Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional Volume I**. Brasília, DF, 2016. 261 p.
- BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social. Diretoria de Saúde do Trabalhador – DIRSAT. **Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional**. Brasília, DF, 2011. 89 p.
- BRASIL. Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960. **Lex**: Coleção de Leis do Brasil, Brasília, v. 5, p. 196, 1960.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lex**: Diário Oficial da União, Brasília, seção 1, p. 18055, 1990.

BRASIL. Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. **Lex:** Diário Oficial da União, Brasília, seção 1, p. 23935, 1990.

BRASIL. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. **Lex:** Diário Oficial da União, Brasília, seção 1, p. 14809, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. **Caderno 5 de atenção básica – saúde do trabalhador.** Brasília, DF, 2002. 63 p.

BRASIL. Ministérios do Trabalho e Emprego. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador.** Brasília, DF, 2004. 18 p.

BRASIL. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 ago. 2012. Seção 1, p. 43.

CESTARI, E.; CARLOTTO, M.S. Reabilitação profissional: o que pensa o trabalhador sobre sua reinserção. **Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 12, n. , p. 93-115, 2012.

CAVALLIERI, M. P. **Estado, Políticas Públicas e Previdência Social no Brasil:** uma Análise a partir da Aposentadoria por Tempo de Contribuição. 2009. 104 f. (Dissertação) - Mestrado em Sociologia - Universidade Estadual Paulista, Araraquara, 2009.

DEJOURS, C. **Psicodinâmica do Trabalho:** contribuição da escola deuriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **A banalização da injustiça social.** Rio de Janeiro: FGV, 1999.

DEJOURS, C. **Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações:** o indivíduo na organização: dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas, 1993.

DIAS, M. D. A. et al. Saúde do trabalhador na atenção básica: análise a partir de uma experiência municipal. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 137-148, mar./jun. 2011.

ELIAS, M., A.; NAVARRO, V., L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Revista Latino- Americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 517-525, jul./ago. 2006.

FARIA, A., C.; BARBOZA, D. B.; DOMINGOS, N. A. M. Absenteísmo por transtornos mentais na enfermagem no período de 1995 a 2004. **Revista Arquivos de ciências da saúde**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 14-20, jan./mar. 2005.

FERNANDES, H. N. et al. Relacionamento interpessoal no trabalho da equipe multiprofissional de uma unidade de saúde da família. **Journal of Research Fundamental Care Online**, Rio de Janeiro, v. 7, n.1, p. 1915-192, jan./mar. 2015.

FRANCO, T.; DRUCK, G.; SILVA, E. S. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 229-248. 2010.
<https://doi.org/10.1590/S0303-76572010000200006>

GRACIOLI, J. C. et al. Estratégias utilizadas por enfermeiros na readaptação funcional de trabalhadores de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 21, e-1030. 2017.

MAENO M.; TAKAHASHI, M. A. C.; LIMA, M. A. G. Reabilitação profissional como política de inclusão social. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v.16, p. 53-58, 2009.

MARX, K. **O capital, crítica da economia política**: v. 1. Livro 1. Rio de Janeiro, RJ: Bertrand Brasil. 1989.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-9, 1991. Disponível em:
 <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2977.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2017.

MERHY, E. E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In. E. E. Merhy & R. Onocko (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 197-228.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, Supl. 2m p. 21-31, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v13s2/1361.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2017.

MININEL, A. V. et al. Adaptação transcultural do Work Disability Diagnosis Interview (WoDDI) para o contexto brasileiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, p. 1-9, 2012.

MIRANDA, F. A. N. et al. Saúde Mental, trabalho e aposentadoria: focalizando a alienação mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Natal, v. 62, n. 5, p. 711-716, set./out. 2009.
<https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000500010>

MURASSAKI, A. C. Y.; MELO, W. A.; MATSUDA, Laura, M. Influência das características sociodemográficas e ocupacionais em trabalhadores da equipe de enfermagem com um emprego e multiemprego. **Revista Ciencia y enfermeria**, S.l., v. 19, n. 2, p. 89-98. 2013.

NAVARRO, V. L.; PADILHA, V. Dilemas do trabalho no capitalismo contemporâneo. **Revista Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 19, Edição Especial 1, p. 14-20, 2007.

OLIVEIRA, V. C.; ALMEIDA, R. J. Aspectos que Determinam as Doenças Osteomusculares em Profissionais de Enfermagem e seus Impactos Psicossociais. **Journal of Health Sciences**, S.l., v. 19, n. 2, p. 130-135, 30 mar. 2017.

PEREIRA, M. C. C. **O serviço de reabilitação profissional previdenciário: desafios para sua consolidação.** 2013. 119 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.

PINHEIRO, S. L. **Práticas psicológicas promotoras de saúde do servidor do INSS.** 2015. 129 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2015. Disponível em:
<<http://bdtd.ibict.br/vufind/Search/Results?lookfor=pr%C3%A1ticas+promotoras+de+s+a%C3%BAde&type=AllFields>>. Acesso em: 22 jun. 2018.

PINTO, E. E. P. **Promoção da saúde: uma nova política pode alterar um paradigma?** 2008. 131 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2008. Disponível em:
<http://repositorio.ufes.br/bitstream/10/3085/1/tese_563_Disserta%C3%A7%C3%A3o-%20Elzimar%20E.%20Peixoto%20Pinto.pdf>. Acesso em: abr. 2017.

PRADO FILHO, J. M. A reabilitação profissional no regime geral de previdência social. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, v.12, n. 121, 2 fev. 2014. Disponível em:<http://ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=14301&revista_caderno=20>. Acesso em 28 fev. 2018.

RAMOS, M. Z.; TITTONI, J.; NARDI, H. C. A experiência de afastamento do trabalho por adoecimento vivenciada como processo de ruptura ou continuidade nos modos de viver. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, S.l. vol. 11, n. 2, p. 209-22, 2008.

SANTANA, V. S; SILVA, J. M. **Os 20 anos da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde do Brasil: limites, avanços e desafios.** In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

SALOMÃO, G. R. **Depressão, estresse e ansiedade: um enfoque sobre a saúde mental do trabalhador.** 2013. 108 f. (Dissertação) Mestrado em ciências – Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

SELIGMANN-SILVA, E. et al. O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 187 - 191, dez. 2010. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v35n122/a02v35n122.pdf>>. Acesso em: 3 fev. 2017.

SILVA, V. E. F. **O desgaste do trabalhador de enfermagem: relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador.** 1996. 236f. (Tese) Doutorado – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

SILVEIRA, S. G., GRISOTTI, M. Trabalho e saúde: um estudo sobre o processo saúde doença dos servidores de um hospital universitário. **Saúde e Transformação Social**, Florianópolis, v.2, n.1, p. 18-27, 2011. Disponível em:
<<http://www.redalyc.org/html/2653/265323523005/>>. Acesso em 30 mar. 2018.

SOUZA, K.R. et al. A categoria saúde na perspectiva da saúde do trabalhador: ensaio sobre

interações, resistências e práxis. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. Especial, p. 254-263, jun. 2017.

TEIXEIRA, S. A depressão no meio ambiente do trabalho e sua caracterização como doença do trabalho. **Revista LTr: legislação do trabalho**, Belo Horizonte, v. 73, n. 5, p. 527-536. 2007.

TURATO, E. R. et al. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. 17-27, jan. 2008.

VIEIRA, R. C. **Readaptação funcional de professores no serviço público: a organização como determinante de conflitos intersubjetivos e dramas pessoais**. 2013. 118 f. (Dissertação) Mestrado em Engenharia da Produção - Escola de Engenharia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

APÊNDICE 1 - QUESTIONÁRIO SEMI-ESTRUTURADO (QUALIQUANTITATIVO)

Nº: _____ Idade: _____ Sexo: (M) (F) Setor: _____ Turno:

Afastamento: Motivo

(s) _____ CID: _____ Período/Tempo: _____

1. Como você se sentiu ao saber que seria afastado?

2. Como as pessoas que se afastam do trabalho são tratadas na organização?

3. Como os supervisores reagiram ao afastamento?

4. O que aconteceu de pior a partir de sua situação de afastamento?

5. O que aconteceu de melhor a partir de sua condição de afastamento?

6. Após o retorno ao trabalho, houve mudança de setor? (S) (N)

Se sim: Onde você trabalhava antes: _____

Onde trabalha atualmente? _____

Por que a mudança? _____

7. Após o retorno ao trabalho houve mudança de turno? (S) (N)

Se sim: Qual turno você trabalhava antes? _____

Qual turno trabalha atualmente? _____

Por que a mudança? _____

8. O que significou a readaptação/reabilitação funcional e como se sente na atual atividade?

9. Há quanto tempo você retornou ao trabalho? _____

10. Qual o seu sentimento ao retornar?

11. Sente alguma diferença no retorno? (S) (N)

Se sim: Quais?

12. O que você acha que contribuiu para o seu problema de saúde e afastamento de suas funções?

13. Você tem sugestões para evitar ou diminuir esse tipo de problema?

14. Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde atual?

- a. Muito insatisfeito
- b. Insatisfeito
- c. Nem satisfeito nem insatisfeito
- d. Satisfeito
- e. Muito Satisfeito

15. Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?

- a. Muito insatisfeito
- b. Insatisfeito
- c. Nem satisfeito nem insatisfeito
- d. Satisfeito
- e. Muito Satisfeito

16. Tem alguma sugestão para melhoria do processo de retorno ao trabalho?

17. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

- A). Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades? (S) (N)
- B). Realizou menos tarefas do que você gostaria? (S) (N)
- C). Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades? (S) (N)
- D). Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra)? (S) (N)

18. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

A). Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades? (S) (N)

B). Realizou menos tarefas do que você gostaria? (S) (N)

C). Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz? (S) (N)

19. Deseja acrescentar mais alguma observação ou comentário?

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO MODELO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “O retorno ao trabalho e readaptação dos profissionais de enfermagem do HC/UFU”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Moara Ludmila Rosa Lima – Mestranda em Saúde Ambiental e saúde do trabalhador – Universidade Federal de Uberlândia; Dr. Winston Kleiber de Almeida Bacelar - Coordenador do programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e saúde do trabalhador – Universidade Federal de Uberlândia. Nesta pesquisa nós estamos buscando compreender o processo de retorno ao trabalho e readaptação dos trabalhadores de enfermagem pós licença saúde.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora Moara Ludmila Rosa Lima, antes do preenchimento do questionário e terei o tempo necessário para decidir se me interesse em participar da pesquisa.

É-me assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas conseqüências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da participação. Caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei.

Na sua participação, você será submetido a um questionário, onde registrará de próprio punho as respostas pertinentes ao processo de trabalho, afastamento e retorno/readaptação ao trabalho. As respostas serão avaliadas e tabuladas para posterior publicação.

Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Você não terá nenhum gasto nem ganho financeiro por participar na pesquisa.

Os pesquisadores se comprometem a manter o sigilo absoluto da identidade dos participantes desta pesquisa, conforme estabelece a resolução CNS 466/2012. Os riscos serão minimizados ao máximo. Para evitar identificação acidental dos participantes da pesquisa, será utilizada atribuição numérica aos questionários. Os benefícios serão:

inclusão de programas preventivos, métodos eficazes de readaptação, pesquisas e outras estratégias que visam à melhoria da qualidade de vida dos funcionários readaptados. Utilização de recursos humanos existentes tornando o processo de readaptação fator positivo para a instituição.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou coação. Até o momento da divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos seus dados, devendo o pesquisador responsável devolver-lhe o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por você.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Winston Kleiber de Almeida Bacelar, pelos telefones 34-3239-4331/ 34-3239.4591, endereço: Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, Campus Santa Mônica – Bloco 3E – Sala 128 . Você poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, *campus* Santa Mônica – Uberlândia/MG, 38408-100; telefone: 34-3239-4131. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

ANEXO 1 – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO ARTIGO 1

05/11/2018

Yahoo Mail - [SS&SOC] Agradecimento pela Submissão

[SS&SOC] Agradecimento pela Submissão

De: Priscila F. Augusto (noreply.ojs@scielo.org)

Para: MOARALUD@YAHOO.COM.BR

Data: segunda-feira, 5 de novembro de 2018 18:00 BRST

MOARA LUDMILA ROSA LIMA,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "Trabalho, adoecimento, volta e readaptação do trabalhador." para Serviço Social & Sociedade. Através da interface de administração do sistema, utilizado para a submissão, será possível acompanhar o progresso do documento dentro do processo editorial, bastando logar no sistema localizado em:

URL do Manuscrito:

<http://submission.scielo.br/index.php/ssoc/author/submission/216164>

Em caso de dúvidas, envie suas questões para este email. Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de transmitir ao público seu trabalho.

Priscila F. Augusto
Serviço Social & Sociedade

Serviço Social & Sociedade
Cortez Editora Ltda
<http://submission.scielo.br/index.php/ssoc>

ANEXO 2 – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO ARTIGO 2

09/11/2018

Yahoo Mail - [RPP] Agradecimento pela submissão

[RPP] Agradecimento pela submissão

De: Revista Pensar a Prática (pensarapratika@gmail.com)

Para: MOARALUD@YAHOO.COM.BR

Data: sexta-feira, 9 de novembro de 2018 16:22 BRST

MOARA LIMA,

Agradecemos a submissão do trabalho "A EXPERIÊNCIA DO RETORNO AO TRABALHO DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO." para a revista Pensar a Prática.

Acompanhe o progresso da sua submissão por meio da interface de administração do sistema, disponível em:

URL da submissão: <https://www.revistas.ufg.br/fef/author/submission/55814>

Em caso de dúvidas, entre em contato via e-mail.

Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de compartilhar seu trabalho.

Revista Pensar a Prática
Pensar a Prática

PENSAR A PRÁTICA <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fef>