UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho
Largo do Terreiro de Jesus - Centro Histórico
40.026-010 Salvador, Bahia, Brasil
Telfax: (55) (71) 3283-5572; 3283.5573; 8726-4059
Email: sat@ufba.br http://www.sat.ufba.br/

O TRABALHADOR-DOENTE E SUA FAMÍLIA NOS SEUS PAPÉIS COMO ATORES SOCIAIS NO PROCESSO DE RETORNO AO TRABALHO

Paulo Roberto Ferreira da Rocha

Dissertação de Mestrado

Salvador (Bahia), 2010.

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

R672 Rocha, Paulo Roberto Ferreira da

O trabalhador-doente e sua família nos seus papéis como atores sociais no processo de retorno ao trabalho /Paulo Roberto Ferreira da Rocha–Salvador. [s.n.], 2010.

viii, 112f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Mônica Angelim Gomes de Lima.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho). Faculdade de Medicina da Bahia. Universidade Federal da Bahia.

1. Doença crônica - Trabalho. 2. Apoio a Reabilitação - Família. 3. Reabilitação. I. Universidade Federal da Bahia. II. Título.

CDU: 616-057
316.356.2
369.234.44

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho
Largo do Terreiro de Jesus - Centro Histórico
40.026-010 Salvador, Bahia, Brasil
Telfax: (55) (71) 3283-5572; 3283.5573; 8726-4059
Email: sat@ufba.br http://www.sat.ufba.br/

O TRABALHADOR-DOENTE E SUA FAMÍLIA NOS SEUS PAPÉIS COMO ATORES SOCIAIS NO PROCESSO DE RETORNO AO TRABALHO

Paulo Roberto Ferreira da Rocha

Professora-orientadora: Mônica Angelim Gomes de Lima

Dissertação apresentada ao Colegiado do Curso de Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, como pré-requisito obrigatório para a obtenção do grau de Mestre em Saúde, Ambiente e Trabalho.

Salvador (Bahia), 2010.

Paulo Roberto Ferreira da Rocha

O trabalhador-doente e sua família nos seus papéis como atores sociais no Processo de Retorno ao Trabalho

Data da defesa: 25 de fevereiro de 2010.

COMISSÃO EXAMINADORA

Professora Mônica Angelim Gomes de Lima (professora orientadora)
Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia/PPGSAT/UFBA.
Assinatura:_____

Professor Paulo Gilvane Lopes Pena
Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia/PPGSAT/UFBA.
Assinatura:_____

Professora Miriã Alves Ramos de Alcântara
Universidade Católica de Salvador/ PPG em família na sociedade contemporânea/UCSal.
Assinatura:_____

Dedico este trabalho a minha família que sempre me acolheu com amor:
Rosangela (minha esposa, colega e meu grande amor), Paulo Júnior, Felipe, Amanda, Lucas.
Aos meus pais e irmãos e irmãs que são à base de tudo:
Aloísio (Tufico), Nizete, Elisa, Cristina, Fátima (*in memoriam*),
Jose Raimundo (*in memoriam*), Rita, João, Manuel e Sandra.

Agradeço a quem direta ou indiretamente contribuiu para realização desta pesquisa:

Em primeiro lugar a **Deus** por tudo que eu tenho vivido e a oportunidade de seguir a minha missão com respeito e amor as minhas irmãs e meus irmãos moradores desse mundo...

A Professora Mônica Angelim Gomes de Lima pela orientação, receptividade, competência, paciência, carinho e disposição para me ouvir em todos os momentos solicitados.

Aos Professores do Mestrado pelo ensinamento e amizade.

A Diretora do Serviço Médico Universitário Rubens Brasil, Enfermeira Maria Luiza Dias pelo suporte da Instituição em realizar esta Dissertação de Mestrado.

A Solange Xavier pelo seu carinho e amizade.

A Paulo Roberto Ferreira da Rocha Júnior e Deisy Cristine Cardoso dos Santos pela ajuda na digitação das entrevistas.

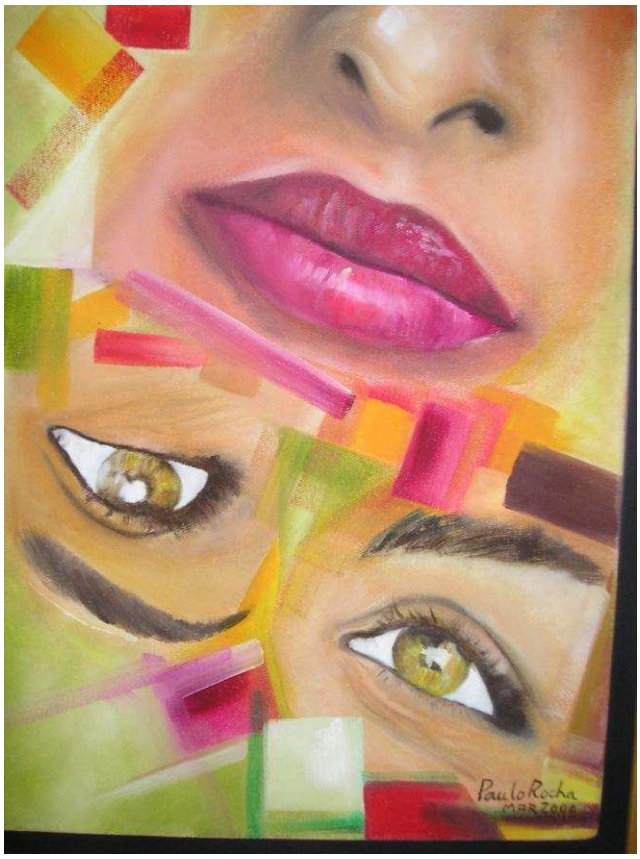
Aos Assistentes Sociais do SMURB: Edna Moreira dos Santos e Rafaela de Ana da Cruz pela ajuda na convocação dos servidores para entrevistas.

Aos colegas Antonio Teixeira Lobo Júnior e Geraldo Silva Barreiros pelos encaminhamentos dos pacientes.

Aos Colegas do mestrado pela convivência frutífera no cotidiano da Universidade.

Aos meus amigos que ficaram sem a minha companhia nestes dois anos de estudo.

Aos meus pacientes que “pacientemente” entenderam a minha dificuldade para atendê-los.



"Todo o País membro deverá considerar que a finalidade de reabilitação profissional é a de permitir que a pessoa deficiente obtenha e conserve um emprego e progrida no mesmo, e que se promova assim a integração ou a reintegração dessa pessoa na sociedade."

Convenção nº 159 da Organização Internacional do Trabalho.

SUMÁRIO

I. Resumo 1

II. Abstract 2

III. Introdução 3

IV. Objetivos 8

V. Enquadramento teórico – A problemática do Estudo 9

V.1. Doença, incapacidade e absenteísmo 9

V.2. A família no contexto do adoecimento do trabalhador 16

V.3. O Processo de Retorno ao Trabalho 23

VI. Abordagem Metodológica 32

VI.1. Construção da Amostra 34

VI.2. Inserção em Campo 35

VI.3. Aspectos Éticos 37

VI.4. Instrumento de Coleta 37

VI.5. Análise 37

VII. Resultados da investigação empírica 38

VIII. Discussão 54

IX. Considerações finais 64

X. Referências Bibliográficas 66

XI. Anexos 79

Anexo 1. Roteiro da Entrevista Semi-estruturada 79

Anexo 2. Casos das Famílias dos Servidores 81

Anexo 3. Termo de Consentimento Livre e Pré-esclarecido 107

Anexo 4. Ofício do Comitê de Ética em Pesquisa 110

Anexo 5. Modelo Conceitual 112

I. RESUMO

Reconhece-se que as doenças crônicas são responsáveis em grande medida pelo absenteísmo e aposentadoria precoce e que o significado particular do sujeito em relação à doença pode definir a forma de atendimento pelos serviços de saúde, o curso da enfermidade e o tempo de afastamento do trabalho. Diversos fatores biopsicossociais contribuem para o absenteísmo prolongado entre estes, as dinâmicas que acontecem na interação do cotidiano familiar. Entende-se também que a família tem papel destacado no processo de recuperação da capacidade laboral do trabalhador-doente. Neste sentido, realizamos este estudo através da abordagem etnográfica, com elementos da etnometodologia para compreender as interações e práticas cotidianas dos membros da família construídas na convivência com o servidor-doente da UFBA afastado do trabalho por mais de três meses que contribuem ou dificultam o processo de retorno ao trabalho. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa realizada por meio de entrevista semi-estruturada com 06 famílias, que resultou em material empírico analisado com um olhar objetivado no amplo entendimento das ações práticas construídas no processo de adoecimento, afastamento do trabalho e convivência na família, dando-se particular atenção as falas sobre os cenários de interação no cotidiano. Os achados mostram que as famílias sofreram reestruturação e mudanças nos seus papéis sociais e que a forma de agir, gerenciar e o modo como os membros compartilham o cotidiano doméstico tiveram que ser revistos. Os métodos que utilizam para dar suporte e se manterem coesos, a habilidade de resolver problemas, como à economia das perdas e ganhos foram responsáveis, em certa medida para atenuar as consequências do adoecimento e serviu de referência para se compreender o papel destes atores sociais envolvidos no processo de retorno ao trabalho.

Palavras-chaves: Doença crônica-Trabalho; Apoio a Reabilitação- Família; Reabilitação.

II. ABSTRACT

It is recognized that chronic diseases are largely responsible for absenteeism and early retirement and the significance of the particular subject in relation to disease may define how to care for health services, course of illness and time off work. Several biopsychosocial factors contributing to work absence including the dynamics that occur in daily family interaction. It is understood that the family also has an important role in the recovery process of the labor capacity of the sick worker. We conducted this study through an ethnographic approach, with elements of ethnomethodology to understand the interactions and everyday practices of family members living with built in UFBA sick worker away from work for more than three months to help or hinder the process return to work. This is a qualitative research conducted through semi-structured interviews with 06 families, which resulted in empirical analysis with a look at objectified broad understanding of the practical actions built into the process of illness, absence from work and life in family, giving particular attention to the statements about the scenarios of interaction in daily life. The findings show that families have experienced restructuring and changes in their social roles and how to act, manage, and how members share the daily household had to be revised. The methods they use to support and remain cohesive, the ability to solve problems such as the economy gains and losses were responsible in some way to mitigate the consequences of the illness, and served as a reference for understanding the role of social actors involved in the process of returning to work.

Keywords: Chronic disease-Work; Support-Family Rehabilitation; Rehabilitation.

III. INTRODUÇÃO

As doenças crônicas relacionadas ou não ao trabalho são responsáveis em grande medida pelo absenteísmo e aposentadoria precoce dos trabalhadores. Nos Estados Unidos da America, o total anual de custos diretos e indiretos com o afastamento do trabalhador-doente excede os gastos associados com SIDA e Doença de Alzheimer e alcançam valores equivalentes aos custos totais do câncer e da doença coronariana. No Brasil, o os gastos com auxílio doença e tratamento de trabalhadores acidentados chegam a R$ 42 bilhões por ano (Dembe, 2002; Agência Brasil, 2008).

Os custos com o afastamento do trabalhador-doente do setor público têm se elevado nas últimas décadas. Em 2003, para cada 1000 servidores civis público federal, 26 se afastaram do serviço por mais de 3 dias e em 2004 o índice de aposentadoria precoce por invalidez por doença alcançou valores de 28,3%, representando uma perda significativa de força de trabalho (Domingues Júnior, 2005).

As síndromes que causam incapacidade, muito frequente nas sociedades contemporâneas geram grande sofrimento, contribuem para reduzir autonomia do indivíduo e limitar o seu papel social. O significado particular do sujeito, que modela a forma de lidar com a doença pode definir o modo como será atendido pelos serviços de saúde, a relação médico-paciente, a aderência ao tratamento e até mesmo o curso da enfermidade e o tempo de afastamento do trabalho (Kleinman, 1988; Ferrari et al., 2001).

Parsons (1964) foi um dos primeiros a chamar atenção sobre a legitimação do papel do doente no processo de adoecimento e incapacidade. A sociedade concede ao paciente, direitos e privilégios como dispensa do trabalho e outras obrigações sociais, mas os condiciona ao dever de cooperar desde a fase inicial do tratamento até a sua recuperação. Na área da saúde ocupacional esse direito é reconhecido e legitimado por um médico através da emissão de um atestado notificando a incapacidade e determinando o tempo de afastamento do trabalho.

De uma maneira geral entende-se que estar doente para a maioria das pessoas é uma condição indesejável, embora seja muito atual no campo da psicologia comportamental a discussão sobre perdas e ganhos para o indivíduo e o seu entorno. Possivelmente o balanço entre estes influenciará no processo de adoecimento e na permanência no estado provocado pela doença. Este debate tem se orientado no sentido de identificar nos indivíduos comportamentos a favor de manterem-se doentes sem problematizar as perdas advindas desse processo e sem questionar sobre o contexto como esse fenômeno se desenvolve (Ferrari et al., 2001).

Para entender a contribuição do ambiente social na cronicidade da doença, entre as oscilações dos sintomas e incapacidade, devemos ser capazes de ver o doente envolto numa rede de relacionamento que constitui o mundo da vida cotidiana[1]. Entre estas, as interações que acontecem com os serviços de saúde e os sistemas sociais, que interferem na transição do estado de incapacidade para o estado social normal (Kleinman, 1988).

O trabalhador portador de doença crônica está frequentemente associado a sérias limitações nas atividades da vida diária em geral e à incapacidade[2] para o trabalho em particular, além de estar susceptível a aposentadoria precoce. O que se propõe para lidar com a condição de incapacidade é promover a reabilitação do trabalhador-doente o mais breve possível, começando logo que se inicie o tratamento utilizando um articulado processo de gerenciamento que integrem os setores clínicos e de saúde ocupacional, os sistemas de seguro e o Estado (Waddell & Burton, 2004).

---

[1] O mundo da vida, ás vezes chamado de mundo da vida cotidiana refere-se ao mundo experiencial de cada pessoa em atitude natural (Husserl, 1946).

[2] A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) baseada numa abordagem biopsicossocial define incapacidade como produto da interação entre a disfunção apresentada pelo indivíduo (funções e estruturas do corpo), a limitação das atividades e restrição na participação social, e os fatores ambientais (WHO, 2001).

Existem evidências que nos primeiros três meses de afastamento de trabalho os fatores relacionados com a doença são os maiores preditores de tempo de incapacidade laboral, enquanto que na fase tardia ou crônica, acima de noventa dias, prevalece à interação dos fatores biopsicossociais (Franche & Krause, 2002).

O processo de recuperação do trabalhador-doente incapacitado pode ser longo e custoso e para se compreender o quê facilita ou dificulta o indivíduo recuperar sua capacidade laboral devem-se buscar as informações completa sobre os fatores biopsicossociais. Gatchel et al. (2004) citam como exemplo destes, entre outros, o balanço das perdas e ganhos secundários, os transtornos psíquicos menores, a motivação, a compreensão sobre a doença e os efeitos iatrogênicos do tratamento. Incluem também, os processos que ocorrem no local de trabalho (política e cultura organizacional), as interações no ambiente da família, as políticas públicas de segurança da saúde do trabalhador, o sistema de crença e os profissionais da saúde, que movem flexivelmente juntos no foco do tratamento biomédico, da experiência humana e níveis sociais de significados (Engel, 1977; Dembe, 2003; Young et al., 2005).

A dinâmica desencadeada da interação do trabalhador-doente com sua família, durante a convivência cotidiana no ambiente familiar pode interferir no tempo de afastamento do trabalho. A doença provoca na família mudanças na sua função e estrutura exigindo de seus membros um esforço para lidar com as novas demandas provocadas pelo adoecimento (Rolland, 1994). Estudos recentes apontam a importância de reconhecer as situações geradas na família em consequência do afastamento do trabalhador para se obter elementos que possam ajudar a compreender e gerenciar a reabilitação profissional (Dembe, 2002; Franche et al., 2002; Baril et al., 2003 Allemeck & Matekaasa, 2004;). Neste aspecto, Sampaio et al. (2005), em pesquisa realizado no Serviço de Atenção a Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Minas Gerais, utilizando um programa multidisciplinar de reabilitação profissional para os servidores parcialmente incapacitados para o trabalho

mostram que um número significativo (66,7%) de servidores reconhecem a relevância do papel da família na recuperação laboral.

Nas últimas décadas observam-se mudanças significativas na família em consequência do modo como os seus membros se posicionam no cotidiano contemporâneo (Singly, 2007). A família como organização social tem se constituído em um referencial em diversas áreas de pesquisa por se tratar do núcleo de convivência das pessoas, de suas decisões sobre as mais diferentes situações. Elsen (2002 *apud* Simionato & Oliveira, 2003) chama atenção para o conceito da família como um sistema de saúde para seus membros. A família produz um modelo explicativo de saúde-doença que compreende um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e práticas que guiam as ações na promoção da saúde e tratamento de doenças.

As inter-relações entre os membros de uma família potencializam os efeitos mútuos sobre o mundo da vida cotidiana, assim como a participação em um grupo familiar não se supõe apenas adaptar-se, mas agir ativamente na sua construção. Segundo Garfinkel (1967 apud Coulon 1995) pode-se dizer que um membro não adota passivamente as regras, não é um "idiota culturalizado", mas um co-responsável da ordem social. Partindo deste pressuposto, os grupos, organizações e instituições se criam e se recriam na prática cotidiana de seus membros. Adotam um conjunto de procedimentos, métodos (etnométodos) e atividades que os fazem capazes de inventar dispositivos de adaptação para dar sentido ao mundo que lhe rodeia (Ceteno, 2000).

O estudo da família, numa perspectiva etnometodológica deve ser feito através da análise cuidadosa da linguagem em interação ou do discurso construído no contexto sócio-histórico no ambiente familiar para fazer senso da experiência dos seus membros em relação à doença. Os pesquisadores desta área devem preocupar-se em compreender como os membros de uma família constroem o raciocínio prático e os procedimentos interpretativos, que proporcionam um senso de concretude e ordem social da vida cotidiana doméstica, em um

contexto histórico multigeracional para lidar com a doença, perdas e crises. Além disso, enfocam a interface do processo de desenvolvimento da família, os vínculos organizacionais e suas fronteiras sociais (Gubrium & Holstein, 1993; Rolland, 1994).

As ciências sociais de base fenomenológica compreendem o processo de adoecimento como uma ruptura dos pressupostos da vida cotidiana, daí as dúvidas, incertezas e vacilações que marcam a experiência da doença dentro de um horizonte de significado e a forma de lidar socialmente com a enfermidade. Neste contexto, observa-se atualmente a predominância da pesquisa das ciências sociais em saúde que expressam uma preocupação em compreender e problematizar como os indivíduos vivenciam uma experiência de doença e como atribuem significações a esta experiência (Alves, 2006).

A dimensão do problema foi identificada no estudo realizado no Serviço Médico Universitário Rubens Brasil (SMURB, 2007: informação pessoal) com servidores públicos da Universidade Federal da Bahia (UFBA) afastados do trabalho por mais de três meses por motivo de doença. Em 2007 foram atendidos no setor de perícia 865 funcionários que necessitaram afastamento do trabalho por diversas patologias. Desse total, 127 (14,7%) apresentaram tempo de absenteísmo superior a três meses, com predomínio do sexo feminino (71,6%). As patologias mais prevalentes foram os transtornos psíquicos, com ocorrência de 35 (27,6%) casos e os distúrbios musculoesqueléticos, acometendo 39 (30,7%) pacientes. Observou-se também após revisão dos prontuários que, além da incapacidade provocada pela doença às interações no convívio do cotidiano familiar foram citadas em certa medida como responsáveis pelo absenteísmo prolongado. Nesta perspectiva, esta pesquisa buscou compreender os métodos e práticas cotidianas dos membros da família na convivência com o trabalhador-doente da UFBA afastado do trabalho por mais de três meses.

IV. OBJETIVOS

Geral:

Compreender as interações e práticas cotidianas dos membros da família na convivência com o trabalhador-doente da UFBA, afastado do trabalho por mais de três meses que contribuem ou dificultam o processo de retorno ao trabalho.

Específicos:

- Descrever como o trabalhador-doente desempenha seu papel na relação com a doença;
- Compreender as mudanças na estrutura e função da família em consequência da presença do trabalhador-doente na residência;
- Descrever a dinâmica familiar a partir do trabalhador-doente: mudanças em seu papel social;
- Compreender as interações que acontecem no ambiente do serviço de saúde durante o processo de adoecimento e reabilitação;
- Compreender a dinâmica das perdas e ganhos no processo de afastamento do trabalho por motivo de doença.

V. ENQUADRAMENTO TEÓRICO - A PROBLEMÁTICA DO ESTUDO

V.1. Doença, incapacidade e absenteísmo.

Uma doença é capaz de provocar incapacidade e levar a uma experiência disruptiva das relações cotidianas no ambiente da família onde seus membros convivem com a dor, sofrimento ou às vezes com a morte, que são vistos como possibilidades distantes. Para lidar com as novas demandas que surgem em consequência do processo de adoecimento, de forma imprevisível rompem as regras normais de reciprocidade e de apoio mútuo e a capacidade de ajuste deste processo está na dependência das interações que acontecem entre o indivíduo, a família e sua rede social. As sequelas podem levar a mudanças de plano de vida e as expectativas para o futuro têm que ser revistas (Bury,1982).

A trajetória do adoecimento se apresenta sob quatro facetas assim descritas: a fisiológica, que versa sobre as interpretações do paciente em relação aos aspectos biológicos e os processos inerentes à própria doença; a temporal, refletindo os significados vindos do uso do tempo relacionados aos horários de consultas, fisioterapia, etc.; o sentimental, reconhecido pelas interações envolvendo em profundidade os anseios e emoções diante da possibilidade de confrontar dor ou morte e a faceta referente ao social, que se apresenta como resultado das interpretações que os indivíduos dão às atividades cotidianas que compõem os cuidados a saúde em sua totalidade (Kelly, 2001).

Quando o indivíduo é acometido por uma doença crônica, quase sempre tem restrições para executar as atividades diárias em casa e no trabalho como consequência primária da dor, fadiga e limitações físicas. Este comprometimento da saúde pode levar ao absenteísmo na empresa, que é ausência do trabalho naquelas ocasiões em que seria de se esperar a presença do trabalhador e no ambiente da residência provocar tensão e desestruturação na família. A magnitude do problema e a atitude para lidar com a incapacidade estão na dependência do perfil do sujeito com referência ao grau de repercussão biopsicossocial. Boot et al. (2008), no

estudo sobre auto-percepção de saúde em doentes crônicos mostram evidências que a incapacidade para o trabalho esteve associada significativamente à percepção do paciente sobre a severidade da doença (Odds Ratio de 5,34) e com mais limitações funcionais (Odds Ratio de 14,27) no grupo do sexo feminino, com baixa escolaridade e nos de indivíduos com idade mais avançada.

A perda da atividade produtiva, a crise financeira, o estresse na família, o estigma e a dependência física e emocional conduzem o trabalhador-doente a perder a auto-estima e identidade pessoal levando a uma diminuição do controle sobre a própria vida e o futuro. O sofrimento se expressa não só pela dor física, estresse psicológico ou pelos efeitos deletérios do tratamento, mas também pelo amplo significado dado na convivência com os membros da família. As experiências do passado sobre as quais foi construída uma imagem positiva agora não estão mais disponíveis. O modo de apresentação do problema está na dependência da ideologia e dos valores adquiridos na forma de viver no mundo atual (Charmaz, 1983).

A doença nos remete a outra dimensão referente ao papel social que o sujeito doente assume na sociedade e tem variado a sua legitimação ao longo do tempo e cultura. Envolvem os direitos e as obrigações que tem de cumprir como parte da interação social entre o indivíduo e o seu ambiente no período de adoecimento. A representação desses papéis, que se refere às especificações típicas e específicas de comportamento diante da doença é muitas vezes legitimada por um médico através de um diagnóstico e emissão de atestado notificando a incapacidade do trabalhador e determinando o tempo de afastamento do trabalho.

O processo de adoecimento também conduz a uma identidade de trabalhador-doente no espaço da empresa implicando muitas vezes em submissão ao discurso médico e sair dessa condição independe da vontade individual. Esta nova identidade é reforçada por um conjunto de práticas liguísticas ou mediadores sociofuncionais que nem sempre são aceitas sem resistência pelos atores sociais que fazem o movimento duplo de subordinação e

insubordinação para driblar esta forma de exclusão do trabalho. Embora que, a aceitação implique em garantia do trabalho não é o suficiente para evitar o estigma de portador de uma doença (Brant& Minayo, 2004).

Por outro lado, podemos dizer que o fato de um trabalhador estar doente não significa estar de licença médica. Sabe que em diferentes contextos pode realizar algumas tarefas e a depender do curso da doença tem capacidade de se adaptar ao trabalho na empresa. Ás vezes continua trabalhando, mesmo estando incapacitado porque tem dificuldade para manter seu emprego devido à maior possibilidade de absenteísmo em comparação com os seus colegas saudáveis, pois sabe que se estiver desempregado experimenta dificuldade para se inserir no mercado de trabalho (Alexanderson & Norlund, 2004).

O trabalhador-doente tem maior chance de se ausentar do trabalho e a longo prazo pode apresentar mudanças na qualidade e expectativa de vida. Vahtere et al. (2004) realizaram um estudo de coorte prospectiva na Finlândia, com trabalhadores do setor público municipal para determinar se o absenteísmo por motivo de doença é um fator preditivo de mortalidade. Foram incluídos na pesquisa 41.736 trabalhadores sendo 69,28% do sexo feminino com média de idade de 45,9 anos. No final, com tempo médio de acompanhamento de 4,5 anos encontraram os seguintes resultados, após ajustar os dados por idade, estado ocupacional e tipo de contrato de trabalho: mortalidade de 4,3 vezes maior para homens (Intervalo de Confiança de 95%: 2,6-7,0) e 3,3 vezes maior para mulheres (Intervalo de Confiança de 95%: 2,1-5,3) no grupo de trabalhador que apresentou um ou mais período de absenteísmo prolongado (considerado > 3 dias) em comparação com os trabalhadores que não se ausentaram do trabalho. Os autores concluíram que as evidências mostram maior mortalidade nesta população por todas as causas, inclusive as relacionadas à doença cardiovascular, câncer, complicação do alcoolismo e suicídio.

No ambiente da empresa, as condições que contribuem para o adoecimento estão relacionadas à organização do trabalho como o tempo de execução das tarefas prescritas (ritmo e tempo de jornada, hora de descanso), concepção do trabalho (complexidade da tarefa, habilidade e esforço pessoal, controle do trabalho), relacionamento interpessoal (relação com supervisores e colegas), perspectiva de crescimento, possibilidade de demissão, estilo de gerenciamento e característica organizacional (ambientação, cultura). Além desses, citam-se a falta de apoio social no trabalho como disponibilização de seguro de saúde patrocinado pelo empregador e a inexistência de programas de prevenção de doenças e ergonomia no trabalho (NIOSH, 1996; Dembe, 2002; Waddell & Burton, 2006).

Outras condições relacionadas ao trabalhador e ao ambiente de trabalho têm sido descritas como responsáveis por absenteísmo nas empresas. Vingard et al (2005) em um estudo de três anos acompanhou 5.224 mulheres empregadas do setor público. Foram incluídas na pesquisa as trabalhadoras que responderam que estavam bem de saúde. Ao final do seguimento observou-se que 918 delas estiveram afastadas do trabalho por mais de 28 dias. Aplicando análise univariada e multivariada para calcular o Risco Relativo (RR) para a causa de absenteísmo encontrou-se uma associação estatisticamente significativa com a idade (RR 1,4), obesidade (RR 1,3), assédio moral (RR 1,5), demanda física maior do que a capacidade de trabalho (RR 1,5) e demanda psíquica maior do que a capacidade (RR 1.2). Os autores concluíram que esses fatores considerados como evitáveis poderiam ser prevenidos e gerenciados no ambiente das empresas.

Em um estudo sobre as consequências psicossociais do afastamento do trabalhador por doença, Burton et al. (2002) mostraram que: o trabalhador arca com 30% do total de despesa resultante do absenteísmo; a personalidade do indivíduo influencia o modo como eles ou elas reagem ao adoecimento; ás vezes, por ser um processo de diagnóstico e evolução lentos dificulta o entendimento do sujeito que esta doente; a doença pode causar estresse emocional

e isolamento social interferindo no convívio com os familiares; os pesquisados relataram falta de suporte por parte das instituições responsáveis pelo seu atendimento e oito dos quinze casos entrevistados referiram que sua profissão foi afetada diretamente pela doença. Todos estes fatores foram citados como responsáveis pela reduzida capacidade de lidar com a condição de incapacitado assim como de dificultar a recuperação profissional.

A experiência do afastamento do trabalho por doença, apesar do reconhecimento e consciência de se tratar de uma situação na maioria das vezes provisória, provoca nos trabalhadores uma "ilusão de trabalho" principalmente quando o afastamento é de longa duração porque continuam a receber parte do salário mensal. Entretanto, a possibilidade de perder a renda e de ter que sobreviver exclusivamente do benefício pago pela previdência social, que geralmente é inferior ao que ganha é uma constante em suas vidas desde o momento do diagnóstico da doença. O trabalhador do setor privado sofre com a possibilidade de desemprego, pois a sua recuperação ou reabilitação não garante o retorno ao trabalho. Em alguns casos o futuro não parece promissor, pois há o risco concreto do preconceito, do estigma e da incompreensão das empresas na reinserção do trabalho (Bernardo 2006). No setor público, apesar da estabilidade do servidor no emprego, durante o adoecimento também se observa perdas de vantagens salariais que vai interferir no processo de recuperação e a perspectiva de alcançar crescimento profissional fica ameaçada pelo afastamento do trabalho.

As demandas atuais impostas pelas organizações têm desafiado o trabalhador em combinar as tarefas do trabalho e as necessidades da vida familiar. A sobrecarga do turno estendido secundária a redução de recurso humano e prazo de entrega de serviço, assim como o número crescente de famílias monoparentais e casal que trabalha fora de casa vinculado à dupla jornada de trabalho pode resultar em falta de energia do trabalhador para lidar com assuntos do cotidiano doméstico. O conflito de interesse entre empresa e família é

reconhecido como um fator de absenteísmo principalmente no sexo feminino. (Jansen et al., 2006).

Um dos aspectos também a ser considerado durante o processo de adoecimento é em relação à economia das perdas e ganhos. A despeito de ser um assunto extremamente controverso e fonte de discussão na área médico-legal e social, a sua identificação e gerenciamento deve ser incorporada aos programas de reabilitação. Neste sentido, o papel dos ganhos secundários (motivado psicologicamente ou tipicamente associado a ganhos monetários, evitar obrigações sociais, etc.) tem sido considerado como uma importante barreira para a recuperação do trabalhador incapacitado por motivo de doença.

Entretanto, segundo Gatchel (2004) esse conceito está vinculado erroneamente ao fingimento consciente do paciente para receber benefícios financeiros e colocar as coisas sob este ponto de vista é fazer um desserviço ao paciente que precisa de ajuda para se recuperar e voltar o mais breve possível a sua condição de trabalho. O balanço entre as perdas e ganhos secundários, que se infiltram praticamente em todos os domínios da vida do indivíduo doente e incapacitado relacionado à perda da autonomia, mudanças das relações sociais, estabilidade financeira e de emprego, aos papéis familiares, à auto-estima, e mesmo a visão do mundo geral determina o comportamento do indivíduo em relação à doença.

Neste contexto deve-se analisar também o balanço entre as perdas e ganhos terciários, que são aqueles obtidos ou perdidos com a doença por alguém, que não o próprio paciente como algum significante tipo um cuidador, um membro da família, um médico, etc. O resultado desta economia de perdas e ganhos pode determinar o tempo de afastamento do trabalho e por razões óbvias, por exemplo, quando as perdas superam os ganhos servem de reforço para ajudar a recuperar a incapacidade provocada pelo adoecimento (Kwan &Friel, 2002; Dersh et al., 2004).

Segundo Kaiser (1998) as explicações que determinam o comportamento de absenteísmo, sob uma perspectiva interdisciplinar (psicologia industrial, disciplina organizacional comportamental, psicologia social e economia) devem ir além dos significados isolados dos modelos de motivação individual, social e econômico e que na verdade eles não são mutuamente exclusivos e sim interdependentes e complementares. No modelo explicativo que incorpora a motivação individual se distingue três categorias assim descritas: a característica pessoal como valores pessoais, personalidade, atitude frente ao trabalho, aspecto demográfico e *status* social; a resposta individual ao estímulo no ambiente organizacional (por exemplo, tipo e condição de trabalho) e a respostas aos estímulos aos ambientes fora do trabalho (circunstâncias da vida e da família, valores do uso do tempo fora do trabalho). O modelo psicossocial reconhece que a decisão de estar ausente será tomada em diferentes circunstâncias baseada no pressuposto que o trabalhador responde observando tanto o *status* e o comportamento dos outros trabalhadores (dentro e fora da organização) como os sentimentos de igualdade e justiça. O modelo da disciplina economia sugere que em grande medida, os benefícios e custos associados com a ausência são ditados pelas forças do mercado de trabalho. Enfim, quando os três conjuntos de força estiverem presentes, o entendimento por que o trabalhador se afastou vai de encontro ao peso relativo de cada modelo nas circunstancias em que a ausência ao trabalho for observada.

O trabalhador doente, incapacitado e afastado do trabalho, independente do motivo que levou à situação de restrição das atividades e necessidade de suporte procura abrigo no ambiente da família onde se sente acolhido. É neste local, considerado como um sistema de saúde, que procura cicatrizar as suas “feridas” provocadas por uma doença que não esperava e que lhe roubou a vitalidade e a perspectiva de viver com um futuro promissor.

O sujeito procura aportar em um lugar seguro onde os pares lhe são familiar e que já ganhou a confiança após anos de convivências. E é exatamente neste mundo de sua vida que

tem de representar o seu novo papel, o de doente e que nem sempre será bem interpretado ou compreendido. A família no seu processo de transformação absorverá ou não este impacto na dependência da forma como os seus membros agem e gerenciam este momento de contingência.

V.2. A família no contexto do adoecimento do trabalhador

Nas últimas décadas observa-se mudança significativa na família, em termos de estrutura e função, em consequência do modo como os seus membros se posicionam no cotidiano contemporâneo resultado das mudanças derivadas das relações de gênero, da inserção intensiva da mulher no mercado de trabalho e da maior mobilidade conjugal. A família participa dos dinamismos intrínsecos às relações sociais e sofre influências do contexto político, econômico e cultural na qual está imersa. Torna-se cada vez mais relacional, ainda que inscrita num processo de individualização e autonomização de seus membros. Um individualismo que não se restringe aos papéis ordenados pela instituição família, mas uma forma contemporânea de criar laços sociais (Singly, 2007).

As transformações na sociedade observadas durante e após o período da industrialização, os movimentos de emancipação dos laços herdados e de gênero, a passagem da sociedade holística para uma sociedade individualista, a instauração do divórcio entre outros fizeram com que a família mudasse de sentido. Em lugar de se impor aos seus membros, a família se torna de alguma maneira um “serviço” que pode ser colocado à disposição dos indivíduos preocupados em viver juntos. Na atualidade, a definição de família fica mais complicada até para os seus próprios atores sociais diante da dificuldade para delimitar os seus contornos mutantes. Dessa forma, os homens e as mulheres estão muito mais preocupados com o gerenciamento dos seus espaços pessoais (Idem).

Podemos dizer que a família é relacional porque existe ligação através dos pais e filhos e que ela está inserida em um mundo da vida cotidiana complexo onde seus membros, mesmo mantendo sua individualidade, compartilham sentimento e valores formando vínculos de interesse, solidariedade e reciprocidade. A sua contemporaneidade é determinada pelos laços da afetividade. A família é também ao mesmo tempo pública e privada, pois se caracteriza pela sua grande dependência em relação ao Estado e aos grupos de parentesco. Os homens e as mulheres, os adultos e as crianças organizam sua vida privada no quadro da dualidade: buscam sua independência em termos individual e mantém uma dependência enorme da esfera pública. Ainda em relação a este ponto de vista, observam-se mudanças na função da família onde os seus papéis foram transferidos para outras instituições (escolas, creches, etc.) fruto da inserção da mulher no mercado de trabalho e da globalização da sociedade (Simionato & Oliveira, 2003; Singly, 2007).

Na perspectiva do modelo sistêmico, a família desempenha suas funções incorporando-se os conceitos de organização referente à sua força, papéis, hierarquia e integridade de fronteiras; adaptabilidade (flexibilidade versus rigidez); coesão (estar juntos ou afastados) e estilo de comunicação. Dessa forma a família executa três tipos de tarefas no cuidado dos seus membros na convivência cotidiana: o básico, como obter alimento e abrigo; o apoio ao desenvolvimento em busca de novos horizontes sociais e o de proteção frente às situações adversas como uma doença e incapacidade (Bertalanffy, 1969; Rolland, 1994). Contudo, existem inúmeras situações contemporâneas que fogem aos padrões descritos acima e que determinam outras formas da família agir e gerenciar o cuidado dos seus membros.

O papel social da família inclui entre outros, o cuidado da saúde que transita entre o auto-evidente e o obscuro, a administração das economias e o suporte para facilitar a condição de trabalho de seus membros. A família é o primeiro grupo social que o homem ou mulher está inserido e onde interagem cotidianamente. Tem uma materialidade onde à convivência

entre seus membros, ora como pano de fundo, ora como determinante explícito é tecida as especificações de cada sujeito. Quando acometido por uma doença os membros apóiam-se mutuamente, buscam e mediam esforços para atenuar ou resolver o impacto do adoecimento e desempenham seus papéis, que são as expectativas de comportamento, obrigações e direitos respeitando a sua posição no grupo familiar influenciados pelas circunstâncias sociais e culturais (Rolland, 1994).

Durante o processo de adoecimento de um dos seus membros, ampliam-se as demandas no ambiente familiar, impondo uma reorganização interna para lidar com este novo momento. Sabe-se que algumas famílias estão mais bem preparadas do que outras para gerenciar as mudanças provocadas pela doença no cotidiano doméstico. São capazes de tolerar situações de alto estresse através da troca dos papéis entre os seus membros (alguém assume o papel para fazer certas atividades domésticas em substituição ao doente), enfrentam os problemas de maneira eficiente e utilizam os recursos externos com maestria (Idem).

A doença compromete a capacidade do indivíduo de executar suas tarefas tanto as do trabalho quanto as rotineiras que realizam na residência. A depender do seu curso vai levar a uma maior ou menor repercussão na forma de organização e adaptação do grupo familiar ao qual este pertence. Associadas ao adoecimento surgem momentos de desestruturação seguida de crise o quê pode dificultar o modo de lidar com este processo. Dessa forma, a doença vivida no interior da família alcança a todos os seus membros e pode afetar toda a sua rede de relações (Messa, 2009).

Quando uma doença atinge um indivíduo se expressa dentro de certo contexto, que é resultado de uma construção social ou talvez nós podemos melhor falar de co-construção, entendido como um processo complexo que envolve múltiplos sistemas de significado interagindo naquele momento especial de vida. Dessa forma, o processo de adoecimento está envolto a uma complexa rede de significado dado pelos seus atores sociais numa constante

edificação e redefinição por ele mesmo. Na maioria das vezes o paciente se encontra no "olho" deste furacão de significados correntes e pode muito bem ser imobilizado ou tombado impiedosamente dificultando a sua recuperação (Bloch, 1994).

As consequências não se restringem apenas aos efeitos no doente, mas dependendo da fase de desenvolvimento da família pode abranger todos os seus membros, requerendo deles um esforço desafiador para organizar a estrutura familiar ao longo dos diversos ciclos da vida. Por sua parte, a família para enfrentar as situações rotineiras e de contingências pode-se dizer que têm uma estrutura organizacional própria. Sabe administrar habilmente suas demandas através da construção de certos padrões representados pela divisão de responsabilidades, hierarquia e delimitação de fronteiras entre os seus membros (Sachs & Ellenberg, 1994).

Dembe (2002), no artigo de revisão sobre o adoecimento do trabalhador e suas consequências sociais mostra as evidências existentes na área da saúde ocupacional que a doença provoca no indivíduo alteração do seu bem-estar, mudanças no convívio no interior da família e desestruturação da sua condição financeira. Diz ainda que as consequências sociais, difíceis de serem mensuradas na prática envolvem as diversas relações recíprocas entre os diversos atores participantes deste processo. Estão também na dependência da magnitude da incapacidade provocada pela doença, do perfil sociodemográfico, da experiência com os serviços de saúde e de seguridade social e dos efeitos, em particular no ambiente da família.

Allebeck & Matekaasa (2004), numa revisão da literatura sobre os fatores determinantes de absenteísmo encontrou oito estudos mostrando uma associação entre a estrutura da família relacionada às mudanças do estado marital, a responsabilidade com as crianças e a ocorrência de violência contra a mulher e o tempo de afastamento prolongado do trabalho. Os aspectos demográficos que chamam atenção para maior suscetibilidade de afastamento do trabalho são o sexo feminino e o grupo de maior idade, contudo poucos estudos têm tentado ir mais longe e explicar estas associações.

A família, durante a fase afastamento do trabalho do trabalhador, considerado como um momento de vulnerabilidade está sujeita a situações de grande estresse e tensão permanentes, exigindo dos seus membros um comportamento de alta ou baixa coesão para manterem-se as demandas psicossociais nas suas inter-relações cotidianas. Como resultado disso, o modo de pensar e de agir, de unir ou afastar dependerá do grau de ajuste que se dá entre a incapacidade provocada pela doença, o indivíduo e a família (Rolland, 1994).

O trabalhador-doente se vê diante de mudanças nos seus hábitos e em seu estilo de vida. Percebe-se diante de inúmeras perdas de seus papéis e de suas responsabilidades e o retorno a convivência dentro do ambiente familiar obriga-o a renegociar a sua identidade. Ele se sente como se fosse outra pessoa e descreve que as mudanças que acontecem na sua vida se estendem além das limitações físicas provocadas pela enfermidade. Como resultado dessa reestruturação experimenta sentimento de culpa, ansiedade e depressão que podem interferir na forma de conviver (Strunin et al, 2004).

A redescoberta do domicílio familiar acontece quando se vê obrigado a ficar em casa diuturnamente por causa da doença. Como é o único lugar onde tem que viver desenvolve um grau de pluralidade e criatividade para sobreviver. A arte de estar entre os membros de sua família, na atual circunstância determina a construção de uma nova ação para o que se espera das regras de convivência e manutenção dos vínculos parentais. Com o tempo, surge o espaço para negociação entre eles, em nome de um equilíbrio do sistema que esteve ameaçado pelos conflitos iniciais gerados pelo estranhamento deste momento (Certeau, 1988).

Por outro lado, alguns assumem que o trabalhador doente se recuperando em casa vai ter mais tempo para os afazeres domésticos. Em certas circunstâncias isto é possível, particularmente se as atividades realizadas não demandam muito esforço. Entretanto, a incapacidade provocada pela doença na execução do trabalho na empresa se estende também às tarefas executadas no cotidiano da residência, interferindo com a auto-estima e

autoconfiança do indivíduo chegando ao ponto de criar obstáculo na interação habitual da família (Boden, 2001).

Muitas vezes o ambiente familiar está desestruturado pelas circunstâncias sociais contemporâneas, resultado das mudanças profundas e permanentes que dizem respeito à atividade produtiva e a organização do trabalho, devido às condições geradas pelas relações atuais de emprego, produzidas pelas situações de baixa remuneração, fragilidade dos vínculos empregatícios e turnos extensos de trabalho. Neste contexto, surge então um contingente de desempregado ou subempregado, que convivem no interior da família e são pressionados pela sociedade de consumo e acabam gerando gastos excedentes. Passou a ser normal a saída tardia dos filhos da casa, assim como a existência de filhos casados residindo com os pais aumentando as despesas correntes. Especificamente, a família do trabalhador do setor público, que tem um vínculo de trabalho estável entende que o seu membro exerce uma ocupação beneficiada, favorecendo paradoxalmente por possuir renda previsível, o amparo dos familiares colhidos pela instabilidade do mundo moderno do trabalho. É frequente a presença de vários agregados, tendo grau de parentesco ou não vivendo sob suas expensas. O custo social pode ser um fator adicional de crise e reflexão sobre a forma de lidar com tudo isso (Gomes, 2008).

O trabalhador doente, incapacitado e vivendo em casa necessita de cuidados durante a fase de recuperação, sobrecarregando o tempo dos outros membros da família. Quase sempre não participa da divisão das tarefas domésticas. Fica estressado e quanto mais tempo estiver fora do trabalho mais se sente desestimulado (quando retornam ao trabalho) a exercer suas atividades laborativas. Evidências sugerem que o trabalhador afastado por acidente de trabalho tem mais chance de perder seus empregos. Comumente sofre uma sucessão de perdas financeiras e pode ter como resultado experimentar significativa privação, obrigando-o a rever seu orçamento (Dembe, 2001).

O impacto do adoecimento nas famílias que tem uma única fonte de renda, geralmente originada do trabalho assalariado, as consequências do adoecimento e afastamento do trabalho vão ser de grande monta, principalmente se houver redução salarial por conta de perdas dos complementos recebidos durante o turno de trabalho. Algumas vezes, a cobertura do seguro social é insuficiente para absorver as crescentes demandas de gastos com medicamentos, consultas a especialistas, deslocamento para os serviços de tratamento e recuperação (Boden, 2005).

A literatura é rica em pesquisa mostrando a relação que existe entre o tempo de retorno ao trabalho e a oferta de serviços especializados para o tratamento, o papel da seguridade social ou outras dimensões de apoio no ambiente da empresa. Contudo, pouco ou raramente se encontra estudo avaliando o verdadeiro impacto econômico no cotidiano familiar dos trabalhadores afastados por doença e devido à importância do assunto sugere-se a inclusão deste tópico na agenda de pesquisa futuras (Dembe 2002).

Como já foi dito anteriormente o grau de incapacidade do trabalhador-doente vai determinar um estresse adicional à família. A forma de administrar esta nova demanda implica em negociação das fronteiras individuais, que esbarra na importância dos papéis desempenhados por cada membro. Na divisão das tarefas domésticas há um espaço para o surgimento de novos conflitos ou acentuação de antigos mal resolvidos. Diante de tal perspectiva, o mundo da vida cotidiana ganha uma dimensão mais complexa, exigindo de cada membro um esforço particular para manter o equilíbrio nas relações interpessoais.

O tempo que o trabalhador-doente passa em casa afastado do trabalho é determinado pelo grau de incapacidade em conseqüência da doença, assim como, pelas circunstâncias do seu convívio no ambiente familiar. Esse processo pode ser longo e de alto custo para o indivíduo isoladamente ou para a sociedade como um todo. A recuperação do trabalhador com incapacidade é um dos maiores desafios para os serviços de saúde porque tem de lidar

com os aspectos físicos, psíquico e social da doença exigindo uma abordagem biopsicossocial do tratamento. Esse modelo sistêmico de atendimento incorpora o sistema de crença, os profissionais da saúde, pacientes e família que move flexivelmente juntos no foco do tratamento biomédico, do entendimento da experiência humana e dos níveis sociais de significados (Engel, 1977; Schultz, 2008)

Dentro deste horizonte de significado, contextualizado num ambiente de profundas mudanças provocadas pelo adoecimento surge à necessidade de gerenciamento deste processo. Segundo a Organização Internacional do Trabalho (Convenção nº157) *"todo o País Membro deverá considerar que a finalidade de reabilitação profissional é a de permitir que a pessoa deficiente obtenha e conserve um emprego e progrida no mesmo, e que se promova assim a integração ou a reintegração dessa pessoa na sociedade".* Desta forma, empresa, sistemas de saúde e o Estado devem se mobilizar para recuperar e reinserir o trabalhador o mais breve possível no mercado de trabalho. No próximo capítulo apresenta-se uma discussão sobre o quê pode ser feito para gerenciar com sucesso o processo de retorno ao trabalho.

V.3. O Processo de Retorno ao Trabalho

O processo de retorno ao trabalho do trabalhador-doente é complexo, envolve os aspectos relacionados à doença e ao doente, ao tratamento, aos fatores no local de trabalho (organização, função, cultura) e aos fatores fora do ambiente do trabalho como atitude da família e as políticas públicas de saúde do trabalhador. Inclui também muitos atores sociais com distintos papéis, objetivos e prioridades. Essas diferentes perspectivas são reflexos dos significados que os indivíduos atribuem as mudanças provocadas pela doença e a natureza da interação e responsabilidade, especialmente relacionada com o trabalho (Baril et al., 2003).

Engloba também, uma série de eventos desde a fase inicial do diagnóstico da condição clínica que motivou o afastamento do trabalhador e provocou a incapacidade até se alcançar um resultado satisfatório (recuperação laboral) a curto, médio ou a longo prazo. Essas diferentes ocorrências têm características particulares a depender das etapas do seu acompanhamento.

Para melhor gerenciamento deste processo Franche & Krause (2002) sugerem que seja divida em três fases evolutivas, definidas pelo número de dias de afastamento do trabalho: aguda (≥1 mês); subaguda (2-3 meses) e crônica (>3 meses) e Young et al. (2005), propõem um modelo conceitual baseado na dinâmica na qual a condição de incapacidade é desenvolvida em etapas: fase 1 ou de afastamento do trabalho, período durante o qual há recuperação de parte da capacidade funcional; fase 2 ou de reentrada ao trabalho, período que o trabalhador recomeça o seu trabalho; fase 3 ou de manutenção, durante a qual o trabalhador se esforça para manter a sua recuperação e fase 4 ou de avanço, quando o trabalhador experimenta novas qualificações.

De uma forma geral, as ações desenvolvidas para gerenciar a recuperação do trabalhador são realizadas pelos serviços de saúde ocupacional. Onde na maioria das vezes são empregados apenas os princípios médicos de tratamento, um tipo de acompanhamento considerado como linear e que tem por objetivo fazer o diagnóstico e estimar o período necessário de afastamento laboral. A trajetória que o trabalhador doente segue para se recuperar é construída durante as consultas médica e/ou cirúrgica e no acompanhamento no setor de reabilitação profissional (fisioterapia, de terapia ocupacional, serviço social). O quê se vê na maioria dos casos é um total desconhecimento do trabalhador dos caminhos necessários para a sua recuperação e reintegração ao trabalho (Bernardo, 2006).

Nesta perspectiva, a condição para o retorno ao trabalho limita-se à resolução da situação clínica baseada no seu estadiamento e extensão da incapacidade. Dessa forma,

perdem-se a oportunidade de compreender a complexidade e as várias dimensões deste processo, principalmente as que fazem parte de outras áreas de interdependência deste sistema (Baril et al., 2003).

Partindo deste pressuposto, Takahashi (2000) comparou dois modelos assistenciais para portadores de Lesões por Esforço Repetitivo (LER) em serviços de Reabilitação Profissional do Instituto Nacional de Seguro Social do Brasil (INSS)[3]. O primeiro modelo (biopsicossocial), implantado no Centro de Reabilitação Profissional de Campinas/São Paulo apresentava uma proposta inovadora de atendimento onde se realizava ações terapêuticas integral por uma equipe multidisciplinar. O segundo modelo (biomédico), no Núcleo de Reabilitação Profissional de Americana/São Paulo considerado como tradicional, de atenção mínima, restrito praticamente a abordagem pericial e com objetivos exclusivos de reinserção imediata do trabalhador-doente ao trabalho. Utilizando uma metodologia avaliativa que compara os resultados de intervenção no resgate da autonomia de adoecidos de LER, a autora concluiu que o primeiro modelo se mostrou mais adequado para reabilitação desses trabalhadores. Este achado está em consonância com as pesquisas mais recentes que reforçam a ideia de que o modelo biopsicossocial parece ser o mais adequado para acompanhar o trabalhador incapacitado por doença (Schultz, 2008).

Posto que, o retorno ao trabalho do trabalhador-doente é multifatorial entende-se de uma maneira geral que é difícil fazer uma previsão com precisão de quando isto vai acontecer, usando apenas como referência o conhecimento médico e as características da doença. Observando a figura I é possível ter uma ideia da complexidade da rede de interdependência que envolve todos os principais fatores biopsicossociais, no contexto do processo de retorno

---

[3] Serviços executores de reabilitação do INSS representados pelos Núcleos e Centros de Reabilitação profissional que se encontram atualmente com função apenas reguladora, sendo destituída qualquer atividade terapêutica.

ao trabalho. A depender da condição que levou ao afastamento observa-se uma predominância de um fator sobre o outro.

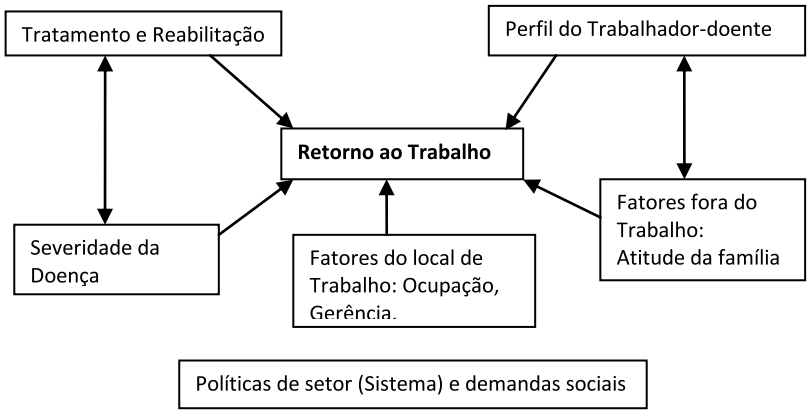


Figura I. Fatores biopsicossociais que influenciam o processo de retorno ao trabalho (Foreman, 2006).

Como o processo de retorno ao trabalho pode ser longo e custoso devem-se buscar as informações, se as condições biopsicossociais que levaram ao afastamento do trabalho foram estabilizadas, para determinar se o indivíduo recuperou sua capacidade laboral. É importante ressaltar, que a adoção de uma política direcionada para gerenciar o processo de retorno ao trabalho do trabalhador doente fica evidenciada por: aumento do custo com os cuidados com a saúde; a baixa (35%) reinserção do trabalhador incapacitado no mercado de trabalho em comparação com a população adulta normal (78%); desconhecimento sobre os efeitos a longo prazo da incapacidade do trabalhador-doente (Young et al., 2005).

No início do afastamento o indivíduo não tem a noção exata da extensão da sua incapacidade e à proporção que o tempo passa e a recuperação funcional demora é que se percebe que a situação é mais complexa. O trabalhador apresenta mudança no estilo de vida que é dependente da natureza da doença, do grau e persistência da incapacidade, das suas necessidades econômicas e das preferências de lazer e consumo que adota. Por exemplo, uma

pessoa doente que tem boas condições financeiras pode se afastar do trabalho e esperar a recuperação, enquanto outras são incapazes de fazer isso por causa da limitação econômica para suprir as necessidades básicas familiares e são forçados a fazer uma adaptação ou procurar outras formas de trabalho. Além da perda salarial, tem que lidar com a depreciação dos hábitos e habilidade do trabalho levando-o a declínio de produtividade e de rendimentos futuros. Por outro lado, a duração do tempo de incapacidade é um importante determinante da probabilidade de estar empregado após um ano de afastamento, e quanto mais for retardado a sua inserção maior repercussão terá na sua vida (Bound et al., 2003; Galizzi & Boden, 2003).

Waddell & Burton (2006), em revisão da literatura concluíram que existe forte evidência que o trabalho é em geral bom para a saúde física e mental e responsável pelo bem-estar do indivíduo. O argumento que o trabalho faz bem para a saúde é fortalecido nos conceitos de que: o emprego é geralmente o meio mais importante de obter recursos econômicos adequados para se adquirir os bens materiais, que são essenciais para o bem-estar físico e mental e participação plena na sociedade atual; em sociedades onde o emprego é a norma, o trabalho reúne importantes condições que satisfaz as necessidades psicossociais; o trabalho é importante tanto para a construção da identidade individual assim como tem utilidade para determinar influências positivas nos papéis sociais e *status* social (fator de ascensão social).

As observações aqui apresentadas reforçam o conceito de que, quanto mais precoce se adotam medidas apropriadas para a reabilitação do trabalhador-doente mais rápido vai ser o seu retorno ao trabalho. Além disso, um grande número de estudo aponta para a relação entre doença e aposentadoria precoce, o quê pode ser indesejável para alguns e representar para o sujeito uma perda do poder aquisitivo e isolamento social. Bound et al. (2003) através de dados dos *US Health and Retirement Study* estimaram que trabalhadores com problema de saúde têm dez vezes mais chance para se aposentar em comparação com indivíduos

saudáveis. Dados obtidos do serviço público no Brasil mostram uma elevada percentagem de servidores sendo aposentados precocemente por falta de melhor gerenciamento da doença do trabalhador neste setor (Domingues Júnior, 2005).

Algumas condições, de uma forma geral estão associadas com o tempo de afastamento prolongado do trabalho. Além das inerentes à própria doença vale à pena ressaltar as que dizem respeito ao trabalhador, como a idade (indivíduos de maior faixa etária), o sexo (o feminino é mais vulnerável) e a baixa escolaridade. Em relação aos fatores psicossociais, a literatura oferece uma ampla evidência de causa de absenteísmo prolongado como consequência do regime de trabalho, onde se observa o efeito do baixo controle e alta demanda nas tarefas. Além disso, citam-se a falta de informação do trabalhador sobre o modo como deve ser acompanhado pelo serviço de saúde ocupacional, o desconhecimento sobre os seus direitos e o baixo comprometimento dos colegas e supervisores (Dembe, 2002; Labriola, 2006).

Evidências crescentes sugerem que as intervenções no local do trabalho são mais importantes para o retorno ao trabalho do que as ações nos contextos fora desse ambiente. Entretanto, Franche et al. (2002) sugerem que para se alcançar melhores resultados no processo de reabilitação é imprescindível ter uma relação ideal entre as partes interessadas. Devem-se incorporar atores sociais como a família, os representantes da empresa (supervisores e diretores), os profissionais da área da saúde (médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e assistente social) e os representantes da seguridade social. O sucesso dos programas de retorno ao trabalho é proporcional à interação entre empregador e o trabalhador, que podem trabalhar juntos nesta jornada em busca do melhor que responda aos seus interesses particulares.

Segundo Loisel (2007), os atores sociais envolvidos no processo de retorno ao trabalho devem observar os múltiplos significados atribuídos pelo trabalhador-doente ao

adoecimento e sua relação com o trabalho, dentro da sua cultura e conhecimento, assim como reconhecer as situações geradas pelo afastamento do trabalho, para melhor compreender a incapacidade e obter elementos que ajudem a gerenciar a reabilitação profissional. Posto desta forma evita-se colocar o trabalhador como um "simples objeto perdido" dentro deste sistema.

Franche et al. (2005), em revisão sistemática da literatura sugerem as melhores intervenções para se reduzir a duração da incapacidade para o trabalho. Em relação aos achados de estudos quantitativos propõem: o contato precoce com o trabalhador no ambiente do trabalho; intervenção nas acomodações do trabalho gerenciada por um especialista em ergonomia; facilitar a interação entre os membros da equipe multidisciplinar da saúde (médicos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais) e os responsáveis pela empresa (diretores e supervisores). Além de adotar um programa de educação continuada sobre os aspectos ergonômicos e de segurança no local de trabalho. Citando os estudos qualitativos sugerem a necessidade de melhorar a comunicação entre as partes interessadas neste processo, sensibilizando e incentivando a participação dos colegas de trabalho. Assim como, delegar ao supervisor direto um importante papel para o retorno ao trabalho e eleger os profissionais da saúde como ponte de ligação entre o local de trabalho e o sistema de saúde.

Baseado no trabalho de Franche et al., o *Institute for Work & Health do Canada* (2007) recomenda as empresas à adotarem os sete princípios para o sucesso no processo de retorno ao trabalho:1-a existência de forte compromisso das pessoas no ambiente do trabalho com o retorno do trabalhador-doente; 2- a necessidade de transformação no ambiente físico do local de trabalho para facilitar a readaptação do trabalhador com incapacidade temporária; 3-assegurar que o retorno do trabalhador não sobrecarregue os colegas e cause dificuldade para o supervisor direto; 4-treinar os supervisores direto do trabalhador sobre os processos envolvidos no retorno ao trabalho; 5-o empregador deve se comunicar o mais cedo possível com o trabalhador-doente e acompanhar o processo de retorno ao trabalho; 6-designar uma

pessoa para coordenar o processo de retorno ao trabalho e 7-empregadores e equipe multidisciplinar da saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e terapeutas ocupacional) devem ficar em contato permanente e trocar informações sobre a recuperação do trabalhador-doente.

No Brasil o processo de reabilitação profissional está regulamentado pela Lei 8.213/91 baseada na Convenção 159 da Organização Internacional do Trabalho e clamada pela 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador realizada em 2005. A partir da Constituição de 1988 a reabilitação é uma atribuição do SUS, no entanto, as ações de saúde voltadas para a reabilitação profissional não foram integradas a este sistema nos últimos 20 anos, mantendo-se o INSS como o principal responsável por este tipo de ação para os trabalhadores celetistas. Contudo, as dificuldades crônicas de pessoal qualificado, o cunho assistencialista e previdenciário, o modelo convencional de reabilitação do trabalhador têm sido questionados quanto a sua eficácia, efetividade desse serviço e legitimação de seus objetivos. Não existe uma ação integrada com a participação da empresa, trabalhador, e os diversos órgãos governamentais para mudar ou minimizar as condições de adoecimento. Com estas limitações expõem-se o trabalhador às mesmas situações que levaram ao seu afastamento (Tahakashi, 2000; CUT, 2007).

Na atualidade há crescimento do debate sobre esta temática. A defesa da Previdência Social solidária, de gestão pública, democrática e universal deve ser rediscutida no âmbito da política nacional da saúde do trabalhador. O que se propõe é incorporar os diversos atores sociais na construção de um modelo gerencial que atenda às necessidades das partes interessadas na reabilitação profissional com igualdade de papéis e responsabilidades. O Estado como gestor deve tomar o seu papel de guardião das Leis e de regulador dos benefícios sociais e cidadania (Maeno et al., 2009).

A legislação atual brasileira na área de saúde do trabalhador não faz distinção de direitos entre os empregados do setor privado, que trabalham regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), e do servidor estatutário, regido pelo Regime Jurídico Único. Entretanto, o que se vê é um distanciamento das ações nos dois setores. Contudo, o setor público, que faz cumprir as normas de atenção à saúde e segurança do trabalhador nas empresas privadas, não consegue reproduzir os mesmos cuidados com os servidores estatutários. Este descompasso reflete a distância da administração pública em se apropriar da problemática para responder as demandas na área de saúde dos servidores, levando a um contingente crescente de afastados do trabalho por doença, em decorrência das condições de trabalho (Carneiro, 2006).

Até recentemente os trabalhadores doentes do serviço público no Brasil era acompanhado sem ter disponível uma estrutura organizada para cuidar da sua saúde. Ao longo dos anos foi desestimulada uma atenção especial com vista a promover melhora das condições de saúde e de trabalho nas instituições, com argumento que o servidor tem estabilidade no emprego e se for acometido de doença e incapacidade o Estado continuará a pagar o seu salário. Este descaso levou a um número crescente de absenteísmo e aposentadoria precoce com toda repercussão socioeconômica (Domingues Júnior, 2005).

Com efeito, a ausência de uma política nacional de saúde do servidor, articulada pelo Estado brasileiro propiciou ao governo federal a criação de serviços de saúde com recursos e estrutura física, organizacional e critérios periciais diferenciados. Em 2003, foi criada a Coordenadoria-Geral de Seguridade Social e Benefícios do Servidor, vinculada a secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão buscando implementar uma política de atenção a saúde do servidor baseada na equidade e na universalidade de garantias fundamentais. Para enfrentar este desafio foi criado o Subsistema

Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS) [4] com eixo operacional em Perícia Médica, Promoção e Vigilância à Saúde e Saúde Suplementar (SIASS, 2009).

Esta nova proposta de atendimento é um avanço, e se for consolidada na prática terá impacto na redução de risco de adoecimento do servidor, diminuição de absenteísmo e aposentadoria. A perícia médica muda o seu perfil atual cartorial para um modelo de assistência multidisciplinar baseado na uniformização de atendimento, transparências dos critérios técnicos e apoio multiprofissional. Dessa forma, passa a ter como objetivo avaliar a capacidade laborativa do servidor, subsidiar as decisões periciais, avaliar ambiente e o processo de trabalho e acompanhar os servidores visando integrar as ações de assistência, prevenção dos agravos a saúde com o sentido de dar suporte ao tratamento para reduzir as restrições das atividades laborativas possibilitando um retorno mais rápido ao trabalho (idem)

VI. ABORDAGEM METODOLÓGICA

Trata-se de um estudo de casos, que utiliza uma abordagem etnográfica com elementos a partir do referencial teórico-metodológico da etnometodologia, considerada como um modo apropriado de pesquisa, para explorar os modos nos quais os atores sociais coletivamente criam e mantém um senso de ordem e inteligibilidade da vida social. Para responder as questões da pesquisa articulamos o material teórico, originado da revisão de literatura e o material empírico, obtido das entrevistas semi-estruturadas e do diário de campo.

A teoria social se apresenta como um empreendimento de formatação muito variada. Não existe uma fórmula aplicável a todos os processos sociais e a escolha de um referencial

---

[4] O SIASS foi regulamentado pelo decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009.

teórico vai de encontro ao objeto que se pretende ter uma ação indicial, contextual e reflexiva (Giddens & Turner, 1999).

Escolher a etnometodologia como paradigma teórico para o estudo da intencionalidade e subjetividade da ação, bem como a ideia do caráter construído dos padrões estruturais e regularidades sociais foi uma opção diante do objeto de estudo em questão. Um dos seus pressupostos centrais é a concepção de que os fatos e as organizações sociais são construções e realizações contínuas dos atores sociais, e desta forma, o estudo de como através dos inúmeros tipos de atividades, circunstâncias e raciocínios -corriqueiros, cotidianos, práticos- a ordem social é construída (Ratton Júnior, 1995). Estes agentes utilizam modelos, manipulam as informações, têm percepção da realidade assim como seus métodos próprios de investigação (etnométodos) e de proceder diante da natureza e contexto social para dar significado a sua experiência (Ceteno, 2000).

A preocupação da etnometodologia é buscar entender as ações dos atores sociais guiadas pelo raciocínio prático, resultado das vivências particulares e experimentados a cada ato interacional, desenvolvido pela linguagem ordinária que é repleta de expressões indiciais. Segundo Coulon (1995), a indicialidade sugere um sentido local e contextual, singular para cada ato interacional, e entendida como a fonte do conteúdo explicativo possível no processo de dar significado às coisas. A propriedade reflexiva dos agentes sociais permite também que eles exprimam as significações de seus atos e de seus pensamentos. A descrição desta propriedade reflexiva permite a comunicação e torna as atividades práticas racionais e compartilháveis.

O estudo da família, na perspectiva etnometodológica deve ser realizado pela análise cuidadosa da linguagem em interação ou discurso construído no contexto sócio-histórico no ambiente familiar. Os pesquisadores desta área devem se preocupar como as pessoas interpretativamente constroem cotidianamente a ordem social da residência, a história

particular da família, organização dos sentimentos domésticos, os vínculos organizacionais e suas fronteiras sociais.

A ideia é que nós construímos o nosso mundo social, concreto e cheio de significados através da fala e interações que ocorrem na vida cotidiana doméstica. Uma conversa, uma descrição ou qualquer outra forma de discurso, sobre um aspecto da realidade não é examinado como uma simples fala, palavra ou escrita, mas como um produto da organização social que é o objeto da conversação. Então, podem-se explorar estes fenômenos através das narrativas das experiências práticas e as circunstâncias através das quais os significados são articulados entre os membros na ordem de constituir o familiar. A família não é só um grupo unido por vínculos sociais concretos, mas também um modo de dar significado as relações interpessoais (Gubrium & Holstein, 1993).

VI.1. Construção da amostra

O grupo de servidor estudado originou de uma amostra de conveniência dos funcionários da UFBA afastados do trabalho por motivo de doença, com tempo de absenteísmo superior a três meses, que foi atendido no SMURB de 2007 a 2009. A composição das famílias destes servidores, incluídas na pesquisa foi considerada de acordo com o conceito dado pelos atores sociais, dentro do seu mundo de significado no contexto do cotidiano doméstico. Para fins do estudo, não incluímos os servidores que estavam aguardando aposentadoria por serem portadores de doença definidas como responsáveis por incapacidade permanente para o trabalho.

Um total de onze servidores concordou em participar da pesquisa. Embora, apenas seis famílias (servidor e um ou mais membro da sua família) completaram as entrevistas. Os casos (Anexo2) foram constituídos dessa maneira e estão representados por um total de quatorze

sujeitos do estudo, desses, onze são do sexo feminino. Cinco servidores foram excluídos dos estudos, sendo um por causa da perda da gravação e os outros quatro por não ter sido possível fazer as entrevistas com os familiares. O maior número de servidores do sexo feminino apresentado no estudo pode se explicado pela sua prevalência (71,6%) nesta população de servidores afastados por mais de três meses em consequência de doença (SMURB, 2007).

As causas de afastamento foram: em três casos devido à doença ortopédica, os sintomas e incapacidade apareceram de forma insidiosa durante a jornada de trabalho (casos Beatriz, 49 anos; Conceição, 56 anos e Julia, 48 anos); um caso (Ivete, 54 anos) secundário a acidente de trabalho; um caso (Artur, 63 anos) devido a neoplasia, com início dos sintomas de forma praticamente súbita; um caso de depressão descrito por Vitória, 50 anos, uma servidora com o cargo de secretária do setor administrativo que desenvolveu a doença após o falecimento do seu companheiro, que de alguma forma lhe ajudava a lidar com o filho usuário e traficante de droga (*vide* anexo 2).

VI.2. Inserção em Campo

A pesquisa foi realizada através de entrevista semi-estruturada (Spradley, 1979) e anotações no diário de campo. Na conversa com os atores utilizei um roteiro baseado no tema central (Anexo 1) assim como deixei-os a vontade para falar sobre a experiência do adoecimento do servidor, as interações ocorridas no cenário cotidiano das famílias, o relacionamento com os serviços de saúde e de perícia médica, a relação de interdependência, as alterações financeiras e isolamento social, a forma de lidar com a doença, perdas e crises.

As entrevistas foram realizadas por mim, médico perito e cardiologista do SMURB. Apesar dos servidores incluídos na pesquisa serem atendidos nesta instituição, durante o processo de adoecimento e afastamento do trabalho, em nenhum dos casos, este pesquisador

foi o responsável pelo acompanhamento deles. Portanto, as experiências relatadas por eles representaram uma descoberta nova e interessante para fins de pesquisa.

O objetivo foi permitir uma entrevista aberta, ativa onde o entrevistador pôde se estender além das questões pré-definidas e encorajar o entrevistado a participar com novas falas de relevâncias, alternativas de interpretação, facilitar vínculos das narrativas e apreciar diversos horizontes de significados (Holstein & Gubrium, 1995).

Dos entrevistados, três servidores foram convocados pelo serviço social do SMURB, através de contato telefônico e oito, por meio do contato pessoal, quando estavam na "sala de espera" do serviço médico aguardando consulta pericial com outro colega da instituição. Após o primeiro contato com o servidor, quando foi caracterizada a constituição de sua família, expliquei que a pesquisa incluía também uma ou mais entrevista com os membros que considerava como parentes e que visitaria a residência para compreender o fenômeno do estudo.

Algumas entrevistas foram realizadas numa sala do SMURB determinada para este fim, onde entrevistei isoladamente o trabalhador e alguns membros da família. Dos seis casos, dois deles foram pesquisados também em suas residências quando tive a oportunidade de ouvir simultaneamente além do servidor os outros membros presentes naquele momento.

Na ocasião da coleta dos dados, apresentei-me aos atores lhes informando o objetivo do estudo e dei as devidas explicações sobre a intencionalidade e a abrangência da pesquisa sobre o processo de atendimento ao trabalhador afastado por motivo de doença. Esclarecemos de forma detalhada como seria realizada a entrevista, a necessidade das gravações, o diário de campo e a natureza das questões empregadas. Apresentei o documento de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3) para que fosse lido, entendido e após concordância assinado pelos participantes do estudo.

VI.3. Aspectos Éticos

Esta pesquisa tem o registro de número CEP. 043/09 e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira da UFBA. Os sujeitos do estudo foram informados sobre a pesquisa em relação ao caráter voluntário da participação, os aspectos relacionados aos riscos e benefícios, a confidencialidade e o envolvimento baseados na recomendação do Conselho Nacional de Saúde da Resolução 196/96 referente aos aspectos éticos da pesquisa com seres humanos.

VI.4. Instrumento de coleta

Foram utilizados dois gravadores para registrar simultaneamente as falas dos atores sociais. No local das conversações foi registrado um diário de campo sendo anotada toda a dinâmica da entrevista assim como os aspectos ambientais e sociais das residências.

VI.5. Análise

Todas as entrevistas foram gravadas, o que dessa forma permitiu a transcrição integral e liberal do conteúdo das fitas. Esse material foi lido com um olhar objetivado no amplo entendimento das ações práticas construídas no processo de adoecimento, afastamento do trabalho e convivência com a família dando particular atenção as falas sobre os cenários de interação no cotidiano. Algumas categorias foram criadas indutivamente, assim como o modo lógico de agrupamento ou organização dessa micro-prática através do processo de análise comparando e contrastando as diferentes formas em que estes tópicos emergem dos dados,

que ideias e representações agrupam, quais associações e significados estão sendo estabelecidas (Holstein & Gubriun, 1995; Tonkiss, 2002).

VII. RESULTADO DA INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

Os achados da pesquisa mostram que durante o processo de adoecimento do servidor e afastamento do trabalho as suas famílias sofreram mudanças na sua função e estrutura, que variaram de acordo com as diferentes fases de adaptação e passagem do ciclo de vida. Neste contexto, os processos de interação, como a forma de agir, gerenciar e o modo como compartilhar o cotidiano do ambiente familiar tiveram que ser revistos por seus membros. Os métodos que eles utilizaram para dar suporte, se manterem coesos, a habilidade de resolver problemas como à economia das perdas e ganhos, foram responsáveis, em certa medida para atenuação ou agravo das consequências do adoecimento, e serviu de referência para se entender o papel destes atores sociais envolvidos no processo de retorno ao trabalho.

O ADOECIMENTO

"Foi muito triste... Eu me senti inútil..."

A experiência de cada trabalhador sobre a sua doença é rica em detalhes sobre as condições que deram início aos primeiros sintomas de incapacidade e as mudanças de toda trajetória vivida durante o período de afastamento do trabalho. O adoecimento é capaz de provocar no indivíduo uma nova identidade, chamada de "pessoa doente" (grifo nosso) e a partir daí vai representar o seu papel no cenário do cotidiano familiar. É importante lembrar que o início deste processo de incapacidade se deu em um contexto sócio-ocupacional que

serviu de base para o entendimento de como estes atores sociais agem na atualidade da convivência diária.

Começo pelo relato da experiência vivida por Ivete, que sofreu um acidente de trabalho, considerado tradicionalmente como um evento traumático que acontece a um específico tempo no ambiente do trabalho. Ela descreve que saiu de casa para trabalhar e durante um plantão rotineiro rompeu o ligamento do braço ao carregar uma paciente. Por este motivo permaneceu por vários meses com perda da sua autonomia. Não consegue esquecer o que aconteceu naquela noite. Por causa disso se tornou outra pessoa. Diz que seu tratamento se restringiu a correção da rotura do tendão do braço e que o seu lado emocional não recebeu o devido cuidado da instituição onde ocorreu o acidente:

> *"[...] Peguei-a no chão, eu senti a dor, dei aquele gemido tá... Só que a paciente* (pausa)*, ela realmente estava fingindo... Eu trabalho a noite. Então, a colega veio* (ajudar)*, botou gelo e tal e aí a paciente atrás de mim: "deixe que eu dou massagem e tal". Quando olhei, não acredito Ednalva é você a paciente que estava o dia inteiro no chão fazendo todos os cuidados. Se alimentando no chão porque não conseguia se alimentar. Imagine! Era noite, já era muito tarde. Era meia noite. Não Dinha* (apelido da paciente) *um "bora" pra cama: não*(resposta da paciente). *Aí deitou de novo. Aí eu chamei Vera* (colega de plantão): *vamos Vera botar ela na cama. Claro que eu peguei pelo ombro. Eu sentir a dor. Aí pronto...Fiquei muito triste* (chorando e com voz embargada) *porque você vai trabalhar numa boa e* (pausa) *naquela noite fui satisfeita. Não voltei mais pra trabalhar. Foi muito triste. Eu chorei muito. Parecendo que fui jogada, empurrada. Não serve mais pra trabalhar. Eu me senti inútil...Quando eu penso assim quando eu*

> *vou trabalhar eu já fico triste. Porque eu não quero trabalhar mais em enfermaria nenhuma[...]". Caso Ivete.*

Como se pode notar esta servidora teve a sua vida transformada a partir do momento em que se acidentou no trabalho. Tornou-se uma pessoa depressiva, dependente dos familiares e por vários meses se manteve incapacitada para fazer suas atividades básicas. Para lidar com o seu sofrimento passou a compor música o quê, segundo seu entendimento tem lhe dado força para pensar no futuro. Apesar de estar se recuperando da lesão do ombro não tem intenção de voltar ao trabalho porque ficou muito traumatizada com tudo que aconteceu naquele plantão. Fala que às vezes acorda assustada após sonhar com os pacientes lhe agarrando.

Duas servidoras citaram que os fatores da organização do trabalho na instituição, como a forma de divisão das tarefas, a dificuldade para lidar com a alta demanda de serviço e o conflito com supervisores para executar as tarefas no trabalho foram responsáveis, em certa medida pelo adoecimento. Na descrição da sua atividade Julia e Beatriz relatam dificuldade de executar as tarefas diante da precariedade das condições de trabalho na empresa:

> *[...] A noite era um profissional de saúde dos anos noventa até 96, se eu não me engano. Não posso dizer, assim basicamente quando foi que começou a mudar que botou duas. Então tinha vez que a gente tinha que ver tudo... Sabe lá o que é você escrever 90 a 100 prontuários numa noite... Agora à noite, tá com 2 a 3, o certo mesmo é ter 3... Eu disse: "gente eu não estou aguentando segurar as coisas" [...] Caso Julia.*

Julia descreve a sobrecarga de trabalho no hospital durante os plantões, principalmente o turno noturno e sua dificuldade para acompanhar vários pacientes ao mesmo tempo. Quando

a servidora tenta dialogar com o supervisor, mostrando impedimento para executar sua tarefa encontra na instituição uma resistência para entender o que está acontecendo. Nesse caso há um conflito de interesse entre as partes envolvidas, se por um lado o trabalhador busca adequar a sua condição física à tarefa prescrita por outro lado o representante da empresa não aceita porque tem de fazer cumprir as necessidades do serviço.

Às vezes os responsáveis pelo setor reagem de modo inadequado à situação, o que só leva ao distanciamento e falta de oportunidade para reduzir o problema. Uma forma de supervisão rígida não permite ao trabalhador o desenvolvimento de estratégia para minimizar as cargas diárias de trabalho e assim se proteger dos danos à sua saúde. O supervisor tem um papel destacado na recuperação do trabalhador-doente e por isso deve ser mobilizado para participar juntamente com outros atores neste processo (Franche et al., 2005).

No caso da servidora Beatriz, ela relata que o agravamento da sua doença foi em parte causado por este comportamento gerencial:

> *[...] A chefia era assim por demais... Era uma pessoa muito grossa... Eu acredito assim, que não respeitava o trabalho das pessoas, talvez por serem (pausa) né, está abaixo dela... A gente tem que obedecer, a gente tem que seguir uma hierarquia, está entendendo?... Mas eu acho assim: ela rebaixa muito a subordinada dela, certo? Aí, com a chefia eu tive assim muito problema, né? Inclusive, graças a está sempre ligado no meu serviço, em livro de ocorrência e tudo mais, eu acabei por não me prejudicar, entendeu? Por conta das tentativas dela e isso não foi só eu não, certo? Vários outros colegas, né? Que acabaram saindo. Que eu tenho um colega que tem o mesmo problema que eu de saúde está afastado também, né?[...]. Caso Beatriz.*

Beatriz esteve afastada do trabalho por causa de problemas ortopédicos, mas como se pode notar neste relato, o estresse secundário a esta forma de interação, tipificada como assédio moral no trabalho foi um fator agravante. Esse é um tipo de conflito gerado na instituição definida pela exposição do trabalhador a situações humilhantes, constrangedoras e repetitivas durante a jornada de trabalho que pode levar a dano físico e psíquico e é uma das causas de absenteísmo descritas na literatura (Vingard et al, 2005).

Os outros três casos de adoecimento não tiveram relação direta com o ambiente de trabalho, mas a forma como ficaram doentes também vai moldar a identidade de cada um. Toda a conjuntura que desencadeou esta nova fase de vida destes servidores pode lhe ajudar a refletir sobre os seus valores e até desenvolvem uma explicação da sua doença tanto para aceitá-la quanto para dificultar a sua recuperação. Ás vezes, estes atores precisam de ajuda para entender a sua experiência e dessa forma prevenir um estigma das causas de sua enfermidade.

A construção social da realidade imposta pela doença passa pela ressignificação e apropriação da nova identidade. Isto não ocorre de forma natural, segundo Kleinman (1988):

> [...] há uma tendência a considerar evidente como "natural" essa forma de significar. Mas o que é natural depende do senso comum em certas culturas e não raro diverge entre os diferentes grupos sociais. O significado dos sintomas, por exemplo, são padronizados como "verdades" num sistema de cultura local na medida em que essas categorias são projetadas sobre o mundo natural consideradas como presentes ali. Este senso comum de conhecimento contribui para nosso compartilhamento do que significa a doença no contexto social, quando uma pessoa se mostra através de um padrão estabelecido de gestos, expressão facial e modo de falar.

É nesse sentido, que a presença da doença em um membro da família passa a ser incorporada na interação do cotidiano familiar e servirá de identificação total do doente com as tipificações dos papéis que lhe são socialmente atribuídas. Isto implica o quê um indivíduo tem em comum com o outro, e as formas de agirem serão construídas de acordo com a conveniência e interesses particulares (Berger & Luckmann 2009).

O MODO DE AGIR E GERENCIAR

"Quando é possível todo mundo ajuda..."

Na medida em que os membros da família incorporam a doença do trabalhador como uma realidade do cotidiano familiar, por meio das estruturas normais de convivência e atenção aos modos peculiares de agir, ressignificam o papel que cada um tem que executar:

> *Entrevistador- Ela não comentava com você* (sobre a doença)?
>
> *Demerval- Não. A única coisa que eu sabia que minha mãe tinha era o problema das dores na coluna. Isso aí eu sempre soube que ela sempre se queixou, eu sempre procurei saber... Sempre eu me, me interessei, mas ela é meio fechada, entendeu?... Então, sobre o estado dela de saúde ela não comenta muita coisa. Ela fala ah! Eu vou ao médico, tenho o médico marcado, mas não fala o que é, entendeu? Caso Beatriz.*

Observa-se no relato do filho de Beatriz o seu desconhecimento da doença e a tentativa de culpar a mãe por ter escondido o problema. O estranhamento do membro da família é comum e faz parte do processo de interpretação do quê está acontecendo na

residência com o trabalhador-doente, de modo a proporcionar um senso de concretude e ordem para a vida cotidiana.

Durante a fase de adoecimento, o modo de agir do trabalhador incapacitado muda e vai interferir na forma como os membros da família se ajustam e constroem as práticas da vida cotidiana. A ordem do cotidiano familiar sofre um grau de desorganização. Em consequência disso os membros são obrigados a usar os seus métodos para assumir parte das tarefas que o doente agora está sem condições de executar. Surge espaço para negociação, em benefício do grupo e é nesta contingência que se constrói o papel de cada um neste processo:

> *[...] Quando eu estou mais nervosa eu fico sentada... Aí eu fico meio zonza do remédio. Aí deixo melhorar e faço alguma coisa né? Pra não sobrecarregar muito minha filha. Tanto que, é ela que hoje que cozinha. Que era o que eu mais gostava de fazer e hoje é o que eu menos gosto. Aí eu lavo roupa* (pausa) *pra preencher. Parece que eu lavando a roupa a mão, me preenche... A minha filha mais velha inclusive, ela teve que procurar um psicólogo. Ela também esta muito abalada [...]. Caso Vitória.*

Outras famílias também relataram mudanças de plano e responsabilidade na execução das tarefas domésticas. No caso de Ivete, os membros se articularam em diferentes locais e contextos para cumprir a rotinização do trabalho. As ações práticas foram divididas entre eles para balancear as perdas identificadas com a sobrecarga da doença. Nesse sentido, o grupo adotou a tática de alternar as tarefas que lhes cabia e pôde lançar mão de ajuda recíproca para reduzir a quantidade de trabalho que tinham diariamente com o objetivo de não interferir no projeto de vida de cada um.

> *Dado- Rapaz, todo mundo cuida um pouquinho. Mas, eu acho que eu dou mais uma forcinha. Eu acho que eu dou mais uma forcinha. Eu dou uma arrumada, faço as comidas de vez em quando, dou uma limpada. Essas coisas assim. Acho que eu dou mais uma forcinha. Mas, todo mundo ajuda. Não deixa de ajudar não. Quando é possível todo mundo ajuda[...]. Caso Ivete.*

Neste exemplo, o filho da servidora Ivete participa da rotinização do trabalho doméstico dividindo as tarefas com o irmão e a irmã. Eles assumem a responsabilidade para ajudar a mãe que se encontra impossibilitada por causa da doença. O papel de cada membro no interior da família é negociado num formato de constituição mais flexível, igualitário e plural, baseado nos laços de afetividade.

A ressignificação da nova realidade doméstica imposta pela presença do trabalhador em casa serviu para motivar a redefinição do papel de cada membro por questões de ordem prática. A regra que determina quem, onde e quando faz, de acordo com as demandas individuais foram negociadas respeitando as diferenças, privacidade e o limite da fronteira de cada um:

> *Dado* (filho)- *Aí o motivo que ela quer cantar as músicas dela. Aí não quer tipo ninguém não, meu irmão não deixa. Manda ela, ela se retirar "vá no quarto mãe, que eu estou assistindo televisão aqui". Então, o que ele pensa que na casa dela ela não pode cantar, fazer as coisas que ela quer. Então ela vai fazer aonde? Eu acho que ela pensa assim... E também quando ela pede as coisas* (a Jorge) *demora pra fazer ou não faz. Aí ela fica mais estressada [...]. Caso Ivete.*

Neste caso, Dado chama atenção para o conflito gerado pelo irmão, estranhando a presença da mãe em casa e agindo como se tivesse um direito exclusivo de espaço, que normalmente é compartilhado de forma negociada no cotidiano familiar. Os vínculos frágeis do passado motivados por uma convivência tumultuada são neste momento um fator adicional de estresse para o servidor doente e, por causa da sua perda da identidade, o doente não consegue discutir esse assunto. Ivete conta que seu filho mais velho sempre esteve distante dela e que brigam por qualquer motivo. Isto significa que as suas biografias, que têm diferentes corpos de idéias complicam a realidade construída nas relações interpessoais.

INTERAÇÃO NO COTIDIANO DA FAMÍLIA

"A gente está de novo junto, né?"

As mudanças observadas na convivência no ambiente familiar foram em decorrência do modo como os membros gerenciam as suas demandas após o adoecimento. Para a família organizar a sua estrutura[5], desempenhar suas funções e manter os seus valores teve que enfrentar o estranhamento provocado pela presença diuturna do trabalhador-doente em casa. Neste momento de contingência, entra em jogo a habilidade da família em lidar com a ambiguidade das fronteiras e papéis individuais e a forma como se mantêm coesos.

Segundo Gubrium & Holstein (1993) as famílias se diferenciam de acordo com seus centros organizacionais de construtos compartilhados, ajustes, expectativas e fantasias sobre o

---

[5] Segundo Levison (apud Rolland, 1994) a família tem a sua própria estrutura que é um padrão subjacente, um estilo de vida pessoal ou familiar em qualquer momento e que tem os seguintes componentes: ocupação (trabalho), relação amorosa e papel em vários contextos sociais. Isto engloba também as relações recíprocas com outros significantes do ecossistema em que ela está inserida.

mundo. No caso dos servidores pesquisados observam-se graus variados de desestruturação com repercussão no ambiente familiar:

> *Isabel-[...] E ás vezes ela amanhece nervosa, muito estressada devido é, o problema... Aí tem um irmão que está com problema na perna... Tem outro irmão que dá um trabalho danado. Chega de madrugada e é uma preocupação. Só Jesus mesmo... Aí ela se mudou pra uma casa perto de mim... Ela teve que sair da dela. Assim que Dedé faleceu, demorou um mês ela não aguentou ficar na casa dela... Foi aí a terceira vez que se mudou. Que ela tava procurando uma casa mais perto de mim pra poder também, não me sobrecarregar. Porque eu tenho dois filhos, tenho o meu marido. Eu trabalho o dia todo. Aí a casa coladinha. É bom que toda hora eu estou lá ajudando[...].Caso Vitória.*

Isabel relata o grau de desestruturação sofrido pela família provocada pela doença da mãe. Isto foi sinalizado pela alteração de endereço em curto espaço de tempo, troca de papéis e aumento do trabalho que teve ao dividir as obrigações da sua casa com o marido e filhos, o trabalho na empresa e as que tinham de realizar na casa da genitora. Esta mudança de estilo de vida resultou em adoecimento e atualmente faz também tratamento psiquiátrico.

Um ponto comum a todos os entrevistados foi à dificuldade para reinserir-se no grupo familiar a que sempre pertenceu. Após retornar ao convívio e desfrutar da presença do outros membros se sentem excluídos e confrontados com as regras do próprio grupo. Essa ambivalência, expressa no sentido de proximidade e afastamento, de indiferença e envolvimento, lhes confere uma posição de rejeição nesse ambiente de profundas mudanças. Dessa forma, enfrentam o desafio de estar entre eles e para manterem-se coesos desenvolvem uma pluralidade de ações que no final resultará na construção de nova identidade:

> *[...] Eu acho que minha mãe em casa, não pelo fato de ela estar doente né, e sim pelo fato de ela está em casa. A gente está de novo junto, né? Eu acho que eu perdi um pouco da minha privacidade, mas é uma coisa que (pausa) a gente vai levando. A gente vai aprendendo também a lidar com aquilo né? Tanto eu perdi, eu acho que eu perdi um pouco da minha privacidade tanto quanto ela perdeu um pouco da dela [...].* Caso Beatriz.

Uma condição importante citada para manter a estrutura da família foi à coesão entre os membros desde que fosse considerado o balanço adequado entre as necessidades individuais e o interesse coletivo. O resultado dessa dialética se expressa na melhor forma de lidar com as consequências do adoecimento. No caso de Vitória, o papel desempenhado pelo filho envolvido com droga tem sido responsável em certa medida, não só pelo adoecimento e desestruturação, mas também para alimentar a carga de sofrimento imposta pela depressão.

A ECONOMIA DAS PERDAS E GANHOS

"Estou passando mal, a parte financeira..."

O objetivo da pesquisa não foi discutir as características críticas que estão vinculadas ao comportamento do trabalhador-doente diante da economia das perdas e ganhos, mas tentar compreender como estes atores sociais modulam a motivação para retornar ao trabalho. Os participantes do estudo foram unânimes em afirmar que só tiveram perdas com a doença: deixaram de ter autonomia e auto-estima, restringiram a vida social, perderam a estabilidade financeira, limitaram seus papéis familiares, e alguns perderam mesmo a visão do mundo geral.

Isto está evidente nos relatos de Ivete, quando ela se sentia incapaz de vestir uma roupa, de tomar banho e se rotulava como uma pessoa inútil e de Conceição que também relatou sua dificuldade para manter a aparência do jeito que gosta.

Neste contexto, observou-se mudança da atividade social de todos os atores. A queixa de isolamento social e falta de motivação para sair de casa esteve presente em todas as entrevistas:

> *[...] Assim, a nível* (a vida social) *atualmente está mais limitada por isso, ainda não terminou "a vida"... O shopping novo, ainda eu não conheço apesar de fazer a infiltração ali perto* (risos) *porque é o fato* (de ficar) *muito tempo em pé ou muito tempo sentado, incomoda... Mas, é assim, tem dias não, é que não quero sair por estar me sentindo deprimida [...]. Caso Julia.*

O que mais chamou a atenção na descrição das experiências com a doença foi à queixa de perda e vulnerabilidade financeira, que esteve presente em todos os pesquisados. Em cinco casos (Julia, Vitoria, Artur, Beatriz, Conceição), os servidores disseram que estariam melhores se estivessem de volta ao trabalho e só assim a sua situação financeira seria diferente:

> *[...] Estou passando mal, a parte financeira... Depois que eu operei meu sócio... Juntos 40 anos. Quando retornei da cirurgia já notei algo diferente... Aí veio às noticias. Não sei, pensaram que eu não ia retornar mais, que ia morrer. Está entendendo? Aí começou a modificar. Então, quando eu voltei juntamos e decidimos* (acabar com a sociedade)... *Isso foi, acho que isso influenciou em relacionamento e*

> *tudo. Atualmente fico dependente* (financeiramente)... *Atualmente a renda vem da Universidade. Ás vezes da fazenda [...]. Caso Artur.*

O caso de Artur foi o mais simbólico em relação às perdas financeiras provocadas pela doença. Ele tinha um estilo de vida típico de classe média alta até ser surpreendido com o fim da empresa, justamente no momento em que estava sem condições de buscar outras fontes de renda. Este fato é citado como um importante fator de conflito entre os membros da sua família. Sem poder arcar com todas as despesas domésticas passou a ter ajuda do genro, que lhe cobrava austeridade para fechar o orçamento mensal:

> *Esposa -[...] com o genro ele discute muito, mas não é briga... Sempre. Não antes, não era muito que ele não ficava muito em casa.*
> *Artur- E não dependia dele. E hoje o problema que ele fala mais é para segurar os gastos está entendendo? [...]. Caso Artur.*

Outro exemplo de mudança de estilo de vida com reflexo na convivência é o caso de Beatriz. Diante da possibilidade de endividamento secundária à redução do seu poder aquisitivo foi forçada a mudar de residência e conviver com o irmão alcoólatra:

> *[...] E aí as coisas ele* (irmão alcoólatra) *já vinha com esses problemas e tudo mais e quando eu sabia das coisas já era relato, já tinha passado né? E agora tô presenciando. Tô morando lá, né e aí estou presenciando. Eu evitei morar lá... Eu fui morar em casa de aluguel pra não estar lá, pra presenciar essas coisas, mas aí com esse meu problema de saúde, dinheiro baixou um pouquinho e aí eu achando que de repente podia me querer me aposentar por invalidez, essas coisas. Pagando quatrocentos e pouco reais de aluguel e aí ia ser um dinheiro que ia fazer falta [...]. Caso Beatriz.*

O PROCESSO DE RETORNO AO TRABALHO

"O que eu faço, eu gosto, não é? inclusive estou querendo retornar..."

Neste estudo identificam-se os principais fatores relacionados aos papéis do trabalhador e dos membros da família, as condições no ambiente de trabalho e o diálogo com o serviço de perícia e saúde ocupacional como expressivos no processo de retorno ao trabalho. Neste cenário dividimos os papéis dos atores envolvidos no retorno ao trabalho em: ação positiva ou favorável e ação negativa ou desfavorável.

Os servidores citaram como ações positivas favoráveis para o retorno ao trabalho a motivação em seguir o tratamento e as recomendações médicas, e o reconhecimento que o seu trabalho é importante para uma melhor condição de vida:

> *[...] É vinha no documento. Fisioterapia intensiva. Tinha que fazer todos os dias. Inclusive em casa eu fazia em casa como ele me orientavam, sábado, domingo. Não fiquei sem fazer a fisioterapia. Eu arranjei um cabo de vassoura* (risos)*, fazia as fisioterapias. Fazia de conta que eu tava lavando parede [...]. Caso Conceição.*

Conceição esteve afastada do trabalho por 376 dias devido a problema ortopédico. Durante o período de afastamento sofreu com as perdas financeiras, conflitos em casa e limitação da capacidade de fazer as coisas que gosta. Relata que seguiu o tratamento conforme orientação do especialista para ter condições de retornar a trabalhar em um tempo mais curto. Essa motivação é também relatada no caso da servidora Julia:

> *[...] Olhe, pra mim é uma parte da vida* (o trabalho). *Não é uma coisa assim dizer assim que tem pessoa se eu não tenho trabalho fico doente. Não é isso. Eu não tenho encarado assim. Eu encaro que é um... é, me completa. O que eu faço, eu gosto, né? Inclusive estou querendo retornar. Pedindo a Deus pra que eu possa retornar pra completar o meu tempo [...]. Caso Julia.*

Julia está afastada há mais de dois anos e vem lutando para se recuperar porque também *"encara"* que o trabalho é importante para os seus projetos de vida futuro e que segue o tratamento para voltar o mais breve possível:

> *[...] É. No caso tentando, no caso né? Fazendo esse acompanhamento já tentei buscar no caso do Sara* (Hospital) *se tinha alguma outra opção. Em nível de fisioterapia fiz todas as fisioterapias possíveis. "Tens", tento em casa estimular sempre as mãos. E a bolinha de papel. [...]. Caso Julia.*

Observamos, no relato da experiência de alguns membros a forma como eles agem e constroem ação positiva para facilitar o retorno ao trabalho do trabalhador-doente. No caso Beatriz o filho decidiu ajudá-la mudando o seu comportamento, que antes era de contestação e agora é apaziguador, para reduzir o estresse:

> *Demerval-[...] O que eu acho que é* (pausa) *a demora de ela voltar pro trabalho é justamente o estresse que ela passa, entendeu?... Acho que se ela saísse mais, ela procurasse uma forma de se divertir, de lazer, entendeu? Acho que ela estaria menos estressada e consequentemente a saúde dela, ela teria o resultado melhor de saúde… Olhe doutor. Eu estou procurando*

> (pausa) *é, eu estou procurando* (pausa) *me comportar, né? De uma forma que a gente não entre em discussão […]. Caso Beatriz.*

E o caso Vitória, que a filha na prática do cotidiano utiliza parte do seu tempo fazendo tarefa na casa da mãe apesar de lhe provocar transtorno na sua vida pessoal:

> *Isabel-[...] Seria melhor tá trabalhando pelo fato dela ter os colegas delas né? Tem alguns que ela é bem chegada como Norma... Aí conversa se distrai. Acho que no trabalho era melhor por em casa ela se preocupa demais... Porque meus irmãos não ajudam em nada. Não faz, nem lava banheiro, nem lavar a varanda. Não faz nada. Então, sobrecarrega muito ela e eu também... Tanto que eu já pensei mil vezes pedi demissão pra poder ficar mais tempo com ela... Ela que não deixa eu pedi demissão [...]. Caso Vitória.*

Por outro lado, observa-se que a doença desencadeia uma série de eventos, como já foi dito anteriormente capazes de interferir de forma negativa na recuperação do trabalhador. Nos casos descritos, destaca-se o exemplo do caso Vitória que as interações no cotidiano da família têm sido responsável pelo prolongamento do tempo de afastamento do trabalho.

Às condições do ambiente de trabalho citadas como agravantes para o retorno ao trabalho são a jornada de plantões noturnos, o tipo de trabalho e a estrutura organizacional. Julia, Beatriz e Ivete condicionaram o seu retorno ao trabalho a uma mudança no local onde desenvolvem suas atividades. Argumentam se voltarem para o mesmo posto significará baixa produtividade associada a provavelmente um novo período de adoecimento:

> *[...] Uma das razões é que no meu serviço eu uso principalmente, são as mãos e as pernas porque eu tenho que andar, tem que usar as mãos pra*

> *escrever para olhar o paciente... Eu espero poder aguentar, que o problema maior pra mim é pegar transporte, entendeu? É o movimento. Aí vamos ver com qual atividade, como fica o horário, como é que fica a distribuição pra* (pausa) *ver que realmente é assim: tem semana que eu passo 2 dias ruins, 3 dias melhor, mas também tem semana que* (pausa) *incomoda... Eu espero poder até como eu estava questionando. Se eu retornasse no caso a trabalhar mesmo que seja limitada numa área ou outra e ainda assim eu não sentir bem, como é o processo? Isto tudo que quero saber [...].* Caso Julia.

Neste caso a servidora condiciona o seu retorno a uma negociação com o serviço de saúde ocupacional para legitimar a sua limitação de função e redirecioná-la para um setor onde possa trabalhar sem risco de adoecimento.

VIII. DISCUSSÃO

Neste estudo procuramos identificar as implicações da doença do trabalhador no ambiente da família, as consequências sociais e econômicas no sentido de descrever os papéis dos atores sociais em relação ao processo de adoecimento e recuperação da capacidade laborativa, que são influenciados por uma série de fatores individuais e coletivos ou em combinação.

Nesta perspectiva, encontramos evidências que o processo de adoecimento e a forma como algumas servidoras (Julia, Conceição) foram atendidos no serviço médico contribuiu, em certa medida para prolongar a incapacidade laboral. Por outro lado, o suporte da família, a perda financeira, o isolamento social são fatores que tiveram peso favorável na decisão do servidor para retornar ao trabalho. Paradoxalmente, a presença de alguns trabalhadores na residência serviu (Beatriz) e serve (Vitória) de estímulo para o retorno mais rápido ao trabalho

devido às interações conflituosas existentes no cotidiano familiar. Esta é uma área que envolve a presença de múltiplos interesses e, portanto é muito complexa para seu entendimento.

O SMURB adota o modelo biomédico de atendimento ao servidor doente e incapacitado para o trabalho através da identificação e prevenção dos fatores de riscos para o adoecimento, prescrição do tratamento e reabilitação, além da recomendação de afastamento do trabalho e orientação para readaptação funcional quando necessário. Entretanto, este modelo de atendimento é limitado para contemplar todas as dimensões e contextos envolvidos no processo de recuperação do trabalhador-doente, onde geralmente os assuntos relativos ao local de trabalho e às demandas psicossociais resultante da doença e incapacidade não são abordados durante as consultas médicas. Baseada nessa premissa é possível dizer que, este modelo de atendimento tenha contribuído para o prolongamento do tempo de afastamento do trabalho de Julia e Conceição.

No Brasil, o modelo biomédico de atendimento ao trabalhador incapacitado por doença é praticamente o mais usado pelos serviços de recuperação profissional, tanto na esfera pública quanto no setor privado. Devido a sua capacidade restrita de abranger toda a complexidade deste tipo de atendimento tem sido foco de crítica, e recentemente acendeu-se um debate público sobre a qualidade e continuidade desses serviços (Tahakashi, 2000; Maeno et al., 2009).

Schultz et al. (2008) em um estudo de revisão identificaram falha metodológica do modelo biomédico citado por ter um caráter reducionista ou seja, focado excessivamente no diagnóstico. Devido a esta particularidade tem capacidade reduzida para dar informação sobre os fatores relacionados ao indivíduo, que influenciam a recuperação do trabalhador, como a motivação, o esforço para se tratar e os modos de adaptação. Além de não abordar o papel dos

fatores sistêmicos, originados pelas demandas sociais que requer suporte, reação e atitudes de outros atores sociais.

O que se propõe, mais recentemente é a adoção do modelo biopsicossocial, mais apropriado para atender as demandas do acompanhamento do trabalhador doente porque incorpora no seu desenho uma visão holística, englobando as atividades clínicas e psicossociais, incluindo os programas de prevenção e promoção de saúde dentro e fora do ambiente de trabalho (Schultz, 2008).

Dado o caráter insidioso da doença de alguns servidores, o processo de adoecimento e incapacidade significou uma via *crucis*. No início, a falta de um diagnóstico representou um período de indefinição, sofrimento e até de dúvidas quanto à existência de doença por parte de alguns médicos, chegando ao ponto de insinuarem que os servidores estavam fingindo. Essa falta de legitimação do estado de incapacidade provocada pela doença é interpretada por quem atende o paciente, na maioria das vezes como um distúrbio "psicossomático" porque não encontra no doente sinal físico que confirme o problema.

A experiência de Julia, uma profissional da saúde que sofria dores crônicas em região da coluna dorsal e dificuldade para movimentar os dedos das mãos, secundárias a síndrome do túnel do carpo serve para ilustrar esta ocorrência:

> *"Ele* (o médico*) disse que eu tinha o sintoma e não tinha a doença. Eu disse graças a Deus que eu não quero estar mesmo doente...* (o médico comenta)*: O quê é que sua profissão faz para estar com este problema todo?"...* (Julia) *Eu disse: "ah! Doutor eu vou ficar até calada porque você só acredita que a gente está ruim quando chega aqui um bagaço, pronta para morrer".*

O relato dessa experiência no serviço médico serve para definir um processo de "deslegitimação" (tradução nossa) que Segundo Ware (1999) é a sistemática falta de confirmação do estado de doença dada pelos profissionais da saúde, colegas, amigos e até

membros da família. Este posicionamento sobrecarrega o trabalhador que se vê desconectado dos seus significantes e por causa disso passa boa parte do tempo tentando convencer que não está simulando.

A forma como o médico comunica com o paciente geralmente tem um sentido unidirecional, impessoal e às vezes autoritária. Em algumas circunstâncias, paciente e médico não se entendem, dificultando a resolução de conflitos, como o descrito no caso Julia que teve o seu diagnóstico postergado porque os médicos não acreditavam em suas queixas e desse modo retardaram o tratamento, o quê favoreceu um maior tempo de afastamento do trabalho. Para resolver esse impasse é preciso construir uma relação de confiança entre os interlocutores envolvidos neste processo e segundo a revisão da literatura feita por Pransky et al. (2004) existem evidência que uma boa comunicação entre o atores envolvidos no processo reabilitação e retorno ao trabalho é um instrumento eficiente, se for bem utilizado na recuperação do trabalhador-doente.

Outro fator descrito pelos servidores como responsável pelo afastamento foi a falta de interesse da sua instituição em resolver, o mais breve possível, a sua incapacidade para o trabalho. A comparação que Conceição fez com a doença de um jogador de futebol quando todos os esforços são concentrados para recuperar em tempo hábil foi emblemática e instrutiva. De fato, o que acontece na prática é que as empresas têm atuado de forma limitada no seu papel neste processo, a não ser que tenham interesses financeiros ou administrativos para resolver rapidamente o problema (Burton et al.,2002).

No geral, por causa dos altos custos do absenteísmo, as empresas procuram administrar a falta do trabalhador de modo que tenham redução máxima das suas perdas. Na realidade, este tem sido um dos maiores desafios para o setor de saúde ocupacional, dada a dimensão do fenômeno que engloba a detecção e monitoramento das causas de fundo

psicológico, físicos e ambientais considerando as circunstâncias que levam o trabalhador a se ausentar do trabalho (Franche et al., 2005).

Mechanic (1995) sugere que se tenha uma visão mais ampla do processo de adoecimento e dessa forma canalizar ações positivas para minimizar o dano, tanto em política social quanto em ajustes no local de trabalho. Além disso, propõe ações que aumentem a motivação individual como: ensinar estratégias de enfrentamento para superar as limitações funcionais, identificar esferas de apoio útil, educar e criar mecanismo de comunicação dentro do ambiente institucional e familiar. Inclusive, adotar um plano de prevenção secundária para evitar agravamento da incapacidade quando do retorno ao trabalho.

Sabe-se que quanto mais tempo o trabalhador estiver fora do trabalho menor à chance de retornar a sua condição laboral, pois quando retorna ao trabalho aumenta a possibilidade de reduzir a quantidade de horas trabalhadas assim como diminuir a produtividade, resultando em perda financeira e mudança na qualidade de vida. Portanto, todos os esforços devem ser mobilizados para que a reabilitação profissional seja mais rápida possível porque se sabe que o ambiente do trabalho juntamente com a família e a comunidade constitui os locais em que as forças sociais operam no sentido da favorecer a saúde da população, considerando os efeitos negativos do desemprego e exclusão social (Dembe, 2000).

Em relação às famílias estudadas observamos que sofreram mudanças na sua estrutura, função e papel social geradas pelo processo de incapacidade de um dos seus membros através do estresse, pressão financeira e/ou isolamento social causadas pelo adoecimento. Todos estes fatores e mais a falta de compreensão do que estava acontecendo por parte dos atores envolvidos contribuíram no início, em certa medida, para interferir negativamente no relacionamento entre eles. Entretanto, após o estranhamento inicial e questionamento do sentimento de pertença do grupo familiar surgiu espaço para negociação e construção de uma

forma agir compartilhada, que atendesse as necessidades de adaptação para esse novo contexto.

Como se pode notar ao longo da descrição dos casos, a forma de agir dos membros de cada família sofreu mudanças, no sentido de reestruturar e efetuar novas aprendizagens em relação ao modo como eles percebem e interagem no cotidiano, modificado no seu significado durante o adoecimento do trabalhador. Isto ficou demonstrado a partir do momento em que o servidor afastado do trabalho passou a conviver diuturnamente com os seus familiares. Na realidade, o que era padronizado na rotina diária se apresenta diferente na situação atual, no aqui e agora, quando o convívio é partilhado num intercâmbio contínuo entre os membros da família.

Segundo Berger & Luckmann (2009) a realidade social da vida cotidiana é apreendida e atualizada num contínuo de tipificações que afetam a interação face a face (no aqui e agora). Dessa forma, os membros são pressionados a agir de acordo com o seu lugar no grupo e comportamento atual dentro da família. A tensão provocada pelas exigências contemporâneas em torno da identidade, bem como o seu impacto na percepção do outro parecem agir como um fator relevante para definir e guiar a ação. A compreensão da ação é baseada na interpretação do indivíduo da sua própria experiência cotidiana em convivência com o outro. O estabelecimento de uma vida comum pressupõe compartilhar os significados que sustentam as relações sociais ou uma identidade coletiva que é reafirmada nas relações interativas tornando-se possível a existência de um grupo familiar (Schultz 1979 *apud* Santos, 2009).

O redimensionamento dos papéis dos membros da família foi descrito por todos servidores. Esta mudança surgiu a partir da necessidade de dar suporte ao servidor doente incapacitado ou de assumir as tarefas cotidianas atribuídas rotineiramente a eles. Nesse sentido, o impacto na vida cotidiana desses servidores for similar ao encontrado nos estudos

de Strunin & Boden (2004) sobre trabalhadores com distúrbio músculo-esquelético de membros superiores.

Em alguns casos, o resultado desta ação prática foi entendido como um estímulo positivo na recuperação do trabalhador. Assim como a participação ativa dos filhos, filhas e esposas dos pacientes no acompanhamento do tratamento e visitas aos serviços de perícia e assistência a saúde. Este ajuste variou entre as famílias pesquisadas e foi relatado como importante para atenuar o peso das perdas descritas nesta fase, apesar de alguns membros se manterem distantes deste processo porque antes da doença tinha um relacionamento conflituoso com o servidor ou por indisponibilidade de tempo devido a outros compromissos pessoais.

A família diante de uma situação de doença e incapacidade que acomete um dos seus membros desenvolve ações positivas que facilitam a resiliência, ou seja, a capacidade de resistir e de recuperar as consequências do adoecimento. Adota alguns mecanismos tipificados como homeostáticos, que são os meios pelos quais as normas são delimitadas para manter a estrutura da família através da melhora na comunicação, da revisão do distanciamento provocado por crises no passado permitindo maior envolvimento emocional, flexibilidade e realocação de papéis de seus membros além de suporte social (Rolland, 1994).

No acompanhamento do processo de retorno ao trabalho é de importância crucial conhecer como a família lida com uma experiência disruptiva, para recuperação do indivíduo que se encontra doente. A depender do arranjo familiar, por exemplo, se é monoparental (formada por qualquer um dos pais e seus descendentes) ou se o casal tem fonte de renda duplo, através de recebimento de salário (entre outras possibilidades), ou possui diferentes recursos organizacionais e financeiros, pode interferir na capacidade de reagir às novas demandas psicossociais que surgem durante o adoecimento (Walsh, 1996). Portanto sugere-se buscar nessas famílias o modo particular de resiliência com vista a identificar e promover os

principais processos que as tornam mais resistente nas situações de crises e tensões, mesmo dentro ou fora do ambiente familiar.

Um achado intrigante desta pesquisa foi a possibilidade de que, os conflitos gerados pela presença diuturna do servidor doente em casa e as perdas financeiras tenham servido de estímulo favorável para o retorno do trabalhador. Este estudo oferece evidências que contradizem a ideia de ganhos secundários (presença do servidor em casa) e terciários (benefícios para um ou mais membro da família) predominantes tanto na literatura como no senso comum. Por exemplo, o estudo de Volin et al. (1991) com trabalhadores da indústria afastados do trabalho por dores musculares, mostra uma associação significativa entre o tempo de absenteísmo acima de 90 dias e a perda do poder aquisitivo combinada com o status marital e número de filhos. Estes autores fazem menção que estes fatores, ao longo do tempo contribuíram para manutenção da incapacidade laboral, e diferente de nossos achados, não foram citados como motivo para facilitar o retorno ao trabalho.

Estar com os familiares é um desejo de muitos indivíduos. Em uma condição de doença pode ser interpretado como uma situação de ganho secundário e terciário, e como já dito, ser uma barreira para a recuperação profissional. Entretanto, paradoxalmente, os casos Beatriz e Vitória se apresentam de forma diferente do que era previsível para esta situação. Os conflitos, originados com o retorno dessas servidoras à residência contribuíram para lhes pressionar a procurar o serviço de perícia médica, para negociar o retorno ao trabalho, apesar de ainda possuir algum grau de incapacidade. Este achado pode ser explicado em parte pelas condições psicossociais decorrentes do empobrecimento dos servidores.

O servidor público federal sofreu perdas salariais de até 134%, ao longo das últimas décadas secundárias ao enxugamento do Estado, promovida pela política social neoliberal. Desde os governos do presidente Fernando Collor de Mello e Fernando Henrique Cardoso, que a categoria vem sobrevivendo praticamente com reajustes irrisórios, criando uma

condição de empobrecimento. Por outro lado, o Estado oferece cada dia mais serviço que se amplia na complexidade de execução, acarretando ao servidor exposição e risco à sua saúde e segurança sem oferecer às condições mínimas de proteção e manutenção da saúde ocupacional. A fragilização, resultado da soma destes fatores vai aumentar a chance de adoecimento e incapacidade, com suas consequências na redução de tempo laboral e aposentadoria precoce (CUT, Domingues Júnior, 2005).

O potencial de perdas econômicas, secundárias às interações, originadas do adoecimento e deste contexto histórico sócio-econômico repercutirá na vida dos servidores e suas famílias, favorecendo a redução significativa da qualidade de vida, com reflexo na convivência cotidiana. E, se o servidor é o único provedor da família aumenta-se a chance de um processo de desorganização no ambiente familiar, como aconteceu nos casos Beatriz e Vitória. Por sua parte, o indivíduo prefere enfrentar as dificuldades no trabalho a ficar em casa convivendo com os seus familiares porque julgam ter como necessidade prioritária, sobreviver com um melhor padrão de vida decorrente das vantagens salariais quando estão presentes na instituição.

Para tentar explicar este achado paradoxal, quando era de se esperar que, no contexto do adoecimento, o servidor valorizasse mais sua saúde e sua família, vamos utilizar o conceito de "mudança de resposta"[6] proposto por Sprangers & Schwartz (1999). Esses autores descrevem o fenômeno (mudança de resposta) como uma mudança nos valores interiores ou conceituação básica que ocorrem no indivíduo quando está diante de uma situação como uma doença, eles mudam de expectativa sobre o quê é mais importante para a sua qualidade de vida dada à nova circunstância. É um modelo teórico indicado para entender e prevê as mudanças que ocorrem na qualidade de vida do indivíduo resultante da interação entre os

---

[6] Mudança de resposta; tradução livre para "Response Shift" (Sprangers & Schwartaz, 1999).

fatores catalisadores, positivo ou negativo em resposta ao adoecimento; aos antecedentes pessoais referente, por exemplo, as características de personalidade; a utilização de mecanismos comportamental e cognitivos para adaptação a condição de incapacidade e as mudanças de significados produzidas pela doença na vida cotidiana. Isto é, através de reavaliação de padrões, priorização de diferentes objetivos e/ou domínios de vida que os indivíduos são capazes de manter a qualidade de vida a despeito do declínio da saúde física (Sharpe & Curran, 2006).

A nossa pesquisa expõe alguns aspectos sobre o entendimento do processo de adoecimento do servidor e seu afastamento do trabalho com implicações no ambiente da família, aqui identificado pelos conflitos, questionamentos sobre o sentimento de pertença no grupo doméstico, às perdas financeiras e isolamento social, além da compreensão dos papéis encenados por alguns membros da família no processo de reabilitação profissional.

Por se tratar de um estudo exploratório, numa perspectiva construcionista, não houve preocupação com o tamanho da amostra, medição ou generalização. O número limitado de casos representa apenas a experiência desse grupo pesquisado. Segundo Berger (1963):

> [...] as descobertas impressionantes do mundo da vida cotidiana é a curiosidade que empolga qualquer sociólogo diante de uma porta fechada por trás da qual existem vozes humanas. Se for o caso de um bom pesquisador, ele ou ela quererá abrir esta porta a fim de entender aquelas vozes. Por trás de cada porta fechada antecipará alguma faceta da vida humana ainda não percebida e compreendida.

Dessa forma, essa limitação é transpassada pela necessidade de se obter as informações em profundidade dos sujeitos dentro do contexto da pesquisa do que sua

capacidade de generalizar. Outro ponto a ser referido vem da subjetividade dos atores representada pela veracidade ou não das informações assim como do efeito da recordação dos fatos passados, além da capacidade restrita da percepção humana em compreender a experiência da outra pessoa. O fato de o pesquisador ser médico e perito da instituição pode-se questionar a sua influência na construção dos significados das narrativas das experiências de cada sujeito da pesquisa. Entretanto, o produto final deste estudo refletiu os significados originados do processo de negociação e interação entre o entrevistador e os atores sociais no contexto das entrevistas, tanto no SMURB quanto nas residências, mais do que a perspectiva individual.

IX. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enquadramento teórico desta pesquisa, que inclui os aspectos sobre o adoecimento e incapacidade laboral, repercussão no ambiente da família e o processo de retorno ao trabalho, articulado com os achados empíricos, reforçam a pertinência dos dados encontrados neste estudo e que muito do que se encontra na literatura sobre a experiência da família neste contexto são também evidentes em nossa pesquisa. Isto permitiu a exploração do fenômeno em questão fornecendo a oportunidade de ampliar a discussão sobre o tema, e dessa forma criar oportunidade para formulação de novas hipóteses sobre o papel da família no processo de adoecimento e reabilitação profissional do servidor da universidade pública no Brasil.

Para concluir pode-se dizer que a família participa ativamente no gerenciamento do processo de adoecimento do servidor, através da mobilização de seus membros e que as interações resultantes desse momento são construídas nas contingências da vivência cotidiana. O apoio dos familiares foi um fator importante na recuperação da incapacidade e pode ser considerado como um facilitador positivo para o retorno ao trabalho. Assim como, a

economia de perda e ganho oscilou na mesma direção porque a perda financeira interferiu no modo de agir do grupo e foi um fator de pressão. Outro ponto importante sinalizado no estudo foi a motivação do trabalhador para recuperar sua condição laboral ao tentar seguir corretamente às recomendações dos profissionais da saúde e o interesse em negociar com o serviço de saúde ocupacional para viabilizar o seu retorno mesmo com limitação funcional.

A contribuição mais significativa deste estudo foi desvelar a importância do papel da família na reabilitação do trabalhador-doente através do relato das experiências sobre as dificuldades dos servidores na convivência cotidiana em casa. O presente trabalho, em consonância com os achados da literatura aponta para a necessidade de rever as práticas adotadas nos serviços de reabilitação, restrita ao indivíduo e ao ambiente de trabalho.

Dessa forma, entendendo-se que as fronteiras entre o trabalho e a família são flexíveis e permeáveis indicando que o quê acontece em um domínio influencia o outro domínio propõe-se, dentre as ações desenvolvidas para gerenciar a reabilitação profissional incluir o gerenciamento dos processos que ocorrem na família neste contexto. Portanto, os serviços de atendimento ao trabalhador-doente devem incorporar um especialista em família (psiquiatra, psicólogo) que possa ajudar aos membros da família a lidar e se adaptar às situações de crise e adversidade geradas pelo adoecimento e afastamento do trabalho.

Nesta perspectiva, sugere-se que os profissionais que trabalharão neste setor entendam os desafios originados na interação familiar e incentivem, por exemplo, o diálogo e reconciliação entre os membros para as situações de conflitos. A avaliação dessas famílias deve ser feita observando-se o contexto histórico sócio-econômico onde está inserida durante o processo de desajuste, procurando-se entender seus significados e respostas sobre a forma de lidar com o problema. Os membros devem ser encorajados a desenvolver novos mecanismos e competências para compartilhar ações de suporte no sentido de fortalecer a família para superar obstáculos intransponíveis (Walsh, 1996).

A abordagem da família tem sido cada vez mais frequente, em uma perspectiva pluridimensional e multidisciplinar, tanto na esfera privada quanto na pública. Em particular, o programa saúde da família do ministério da saúde, atuante em várias cidades do Brasil, composto por equipes multiprofissionais para acompanhar famílias, com ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças. Sugere-se que os achados desta pesquisa também sirvam de referências para ações práticas no cuidado empregado às famílias do trabalhador-doente pelas equipes deste programa.

Os servidores públicos têm um vínculo de trabalho baseado no Regime Jurídico Único que lhes confere direitos diferentes dos trabalhadores da rede privada. Esta particularidade de recebimento de alguns benefícios, como a estabilidade no emprego e renda previsível moldam de alguma forma o comportamento da família do servidor. O quê acontece com a família do trabalhador da rede privada neste contexto? Esta é uma pergunta que deve ser respondida em pesquisa futuras sobre este tema.

Para finalizar, estamos em fase de implantação no SMURB do modelo de atendimento à saúde do servidor público desenvolvido pelo SIASS. A nossa intenção é incluir também no programa de reabilitação profissional o gerenciamento dos processos que acontecem na família, levando em conta o balanço das necessidades tanto em termos do impacto financeiro quanto nas percepções dos papéis sociais e com isto espera-se reduzir o tempo de afastamento do trabalho dos servidores doentes da Universidade Federal da Bahia.

X. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agência Brasil. Disponível em: <http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2008/05/13/materia.20080513.929010578/view>. Acesso em: 10 de julho de 2008.

Alexanderson K. & Norlund A. Chapter 1. Aim, background, key concepts, regulations, and current statistics. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32: 12-30, 2004.

Alves P C. A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos da doença: breve revisão crítica. *Caderno de Saúde Pública*, 22: 1547-54, 2006.

Allebeck P. & Mastekaasa A. Chapter 5. Risk factors for sick leave - general studies. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32: 49-108, 2004.

Baril B, Berthelette D, Massicotte P. Early return to work of injured workers: multidimensional patterns of individual and organizational factors. *Safety Science*, 41: 277-300, 2003.

_____, Clarck J, Friesen M, Stock S, Cole D. Management of return-to-work programs for workers with musculoskeletal disorders: a qualitative study in three Canadian provinces. *Social Science & Medicine*, 57: 2101-14, 2003.

Berger P. Invitation to Sociology: A Humanistic Perspective, 1963. Disponível em: http://www.angelfire.com/or/sociologyshop/berger1.html. Acesso em 17 de janeiro de 2010.

_____. & Luckmann. A construção social da realidade. Tradução de Floriano de Souza Fernandes. 30. ed.: Editora Vozes, Petrópolis, Brasil, 248 p., 2009.

Bernardo L D. Os significados do trabalho e da reabilitação profissional para o trabalhador incapacitado para o exercício da profissão habitual. Dissertação Mestrado em Saúde Pública –

Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Minas Gerais, 72 p., 2006. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/1843/ECJS-73BKA6/1/lilian_dias_bernardo.pdf>. Acesso em: 25 de outubro de 2007.

Bertalanffy L von. *General System Theory*.1. ed., George Braziller: New York, USA, 295 p., 1969.

Bloch D A. *Foreword in Roland J S, Families, Illness, and Disability: an integrative treatment model.* 1.ed., Basic Books: New York, USA, 320p.,1994.

Boden L I, A. Biddle A, Emily A. Spieler E A, Social and economic impacts of workplace illness and Injury: current and future directions for research. *American Journal of Industrial Medicine*, 40: 398-402, 2001.

_____, Running on Empty: Families, Time, and Workplace Injuries. *American Journal of Public Health*, 95: 1894-97, 2005.

Boot C R L, Heijmans M, van der Gulden J W J, Rijken M. The role of illness perceptions in labor participation of the chronically ill. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 82:13-20, 2008.

Bound J, Stinebrickner T, Waidmann T. Health, Economic Resources and the Work Decision of Older Men, 2003. Disponível em: <http://socserv.socsci.mcmaster.ca/cesg2003/stinepaper.pdf>. Acesso em: 10 de julho de 2007.

Brant L C, Minayo C G. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9: 213-223, 2004.

Bury M. Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of health & illness*, 4:167-82, 1982.

Burton J, Butcher F, Whatman R, McLeod A, Graham S, Rajan R , Adams M, Bridge M, Hill R, Johri J. Evaluating the Social and Economic Consequences of Workplace Injury and Illness. Disponível em <http://www.evaluationcanada.ca/distribution/20021030_rajan_rashmi.pdf>. Acesso em 23/12/2009.

Carneiro S A M. Saúde do trabalhador público: questão para a gestão de pessoas – a experiência na Prefeitura de São Paulo. *Revista do Serviço Público Brasília*, 57: 23-49, 2006.

Certeau M. The Pratice of Everyday life.1. ed., University of California Press: United States of America, 229 p., 1988.

Ceteno R. Introducción de la etnometodologia a terapia familiar**.** Disponível em: <http://www.psico.uniovi.es/REIPS/v1n1/articulo4.html>. Acesso em: 31 de agosto de 2008.

Charmaz K. Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociology of Health and Illness*, 5:168-95, 1983.

Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96. Disponível em <http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>. Acesso em 31 de julho de 2008.

Coulon A. *Etnometodologia*. 1. ed.,Vozes: Rio de Janeiro,134 p., 1995.CUT. Central Única do Trabalhador, BRASIL, 2007. Disponível em: <http://www.cut.org.br/site/start.cut?infoid=14883&sid=22>. Acesso em 13 de julho de 2008.

CUT BRASIL, 2007. Disponível em: http://www.cut.org.br/site/start.cut?infoid=14883&sid=22. Acesso em: 13 de julho de 2008.

Dembe E A. The Social Consequences of Occupational Injuries and Illnesses**.** *American Journal of Industrial Medicine*, 40: 403-17, 2002.

_____ A.The Impact of Occupational Injuries and Illnesses on Families and Children. Center for Health Policy and Health Services Research. University of Massachusetts Medical School. June 16, 2003. Disponível em: www.popcenter.umd.edu/events/nichd/papers/dembe.pdf. Acesso em 21 de julho de 2008.

Dersh J, Polatin P B, Leeman G, Gatchel R J. The Management of Secondary Gain and Loss in Medicolegal Settings: Strengths and Weaknesses. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 14: 267- 79, 2004.

Domingues Júnior L R P. Coletânea de Textos. IIIª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador- 3ª CNST - "Trabalhar, Sim! Adoecer, Não!", 2005. Disponível

em:<http://www.saude.ba.gov.br/cesat/3aCNST/DOCAPOIO3CNST.pdf>. Acesso em 04 de novembro de 2007.

Engel G L. The need for a New Medical Model: a challenge for Biomedicine. *Science*, 196:129-36, 1977. Disponível em:< www.sciencemag.org>. Acesso em: 6 de novembro de 2008.

Ferrari R, Kwan O, Friel J. Cognitive theory and illness behavior in disability syndromes. *Medical Hypotheses*, 57: 68-75, 2001.

Foreman P M & Swerissen H. Barriers and facilitators to return to work: A literature review. Australian Institute for Primary Care, La Trobe University, Melbourne, 2006. Disponível em: <www.workcover.com/documents.aspx?fno=1353>. Acesso em: 13 de julho de 2008.

Franche R L, Krause N. Readiness for Return to Work Following Injury or Illness: Conceptualizing the Interpersonal Impact of Health Care, Workplace, and Insurance Factors. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 12: 223-56, 2002.

_____, Baril R, Shaw W, Nicholas M, Loisel P. Workplace-based return-to-work interventions: A systematic review of the quantitative literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15: 525-42, 2005.

Galizzi M, Boden L I. The return to work of injured workers: evidence from matched unemployment insurance and workers' compensation data. *Labour Economics*, 10: 311–37, 2003.

Gatchel R J. Psychosocial Factors That Can Influence the Self-Assessment of Function. *Journal of Occupational Rehabilitation,* 14: 197-206, 2004.

Gomes C A C. *A Globalização da Defesa do Trabalho*. 1.ed.,UNIFACS: Salvador, Bahia, 206 p., 2008.

Gubrium J F, Holstein J A. Phenomenology, Ethnomethodology, and Family Discourse. In: Boss P, Doherty W J, LaRossa R, Schumm W R, Steinmetz S K (ed.), *Sourcebook of Family Theories and Methods*, 1.ed.,Springer Science: New York, 746 p., 1993.

Giddens A, Turner J. *Introdução in Teoria Social Hoje.* Tradução Gilson César Cardoso de Souza.1. ed., UNESP, São Paulo, 610 p., 1999.

Hostein J A, Gubrium J F. *The Active Interview*. 1. ed., Sage: California, USA, 85 p., 1995.

Husserl E. *Phenomenology: its elementary forms*. 14. ed., University of Chicago Press: Chicago, USA, 1946.

Institute for Work & Health, Toronto Canada, 2007. Disponível em: <www.rubberassociation.ca/pdf_docs/SafetyGroups/2008/RTW_7_principles.pdf>. Acesso em: 13 de julho de 2008.

Jansen N W H, Kant I J, van Amelsvoort L G P M, Kristensen T S, Swaen G M H , Nijhuis F J N. Work–family conflict as a risk factor for sickness absence. *Occupational and Environmental Medicine*, 63: 488–94, 2006.

Kaiser C P. What Do We know About Employee Absence Behavior? An Interdisciplinary Interpretation. *Journal of Socio-Economics*, 27: 79-96, 1998.

Kelly R. The Illness Trajectory: understanding being ill as a sociological phenomenon, 2001. Disponível em: http://ethnomethodologist.tripod.com/ethnomethodologyatwork/id3.html. acesso em: 24 de maio de 2009.

Kleinman A. *The Illness Narratives,*1.ed., Basic Books: United States of America, 284 p., 1988.

Kwan O, Friel J. Clinical relevance of the sick role and secondary gain in the treatment of disability syndromes. *Medical Hypotheses*, 59: 129-34, 2002.

Labriola M. Work environment factors associated with long-term sickness absence and return to work. Ph. D Thesis. National Institute of Occupational Health, Institute of Public Health University of Copenhagen, Denmark, 60p., 2006. Disponível em: <www.arbejdsmiljoforskning.dk/upload/mla_phd.pdf >. Acesso em 13 de julho de 2008.

Loisel P. Pshychosocial Semiotics: The Specific Paradigm of Work Rehabilitation. *Cognitio-Estudos: Revista eletrônica de Filosofia*, 64: 20-4, 2007. Disponivel em:<

http://www.pucsp.br/pos/filosofia/Pragmatismo/cognitio_estudos/cog_estudos_v4n1/cog_est_v4n1_loisel_patrick.pdf>. Acesso em: 7 de janeiro de 2010.

Maeno M, Takahashi M A, Lima M A G. Reabilitação profissional como política de inclusão social. *Acta Fisiátrica*, 16: 53-58, 2009.

Mechanic D. Sociological Dimensions of Illness Behavior. *Social Science & Medicine,* 41: 1207-16, 1995.

Messa A P. O Impacto da Doença Crônica na Família. Acesso 17/12/2009 disponível em: < http://psicologia.org.br/internacional/pscl49.htm>. Acesso em: 17 de dezembro de 2009.

NIOSH (National Institute for Ocupational Safety and Health), 1996. Disponível em:< http://www.cdc.gov/niosh/programs/workorg/>. Acesso em: 05 de fevereiro de 2010.

Organização Internacional do Trabalho. *Convenção nº 159, da Organização Internacional do Trabalho - OIT, sobre Reabilitação Profissional e Emprego de Pessoas Deficientes.* Disponível em: <http://www.ilo.org/skills/what/pubs/lang--en/docName--WCMS_103529/index.htm. Acesso em: 17 de janeiro de 2010.

Parsons T. *Social structure and personality*. 1. ed., The Free Press: New York, USA, 376 p., 1964.

Pransky G S; Shaw W S; Franche R L; Clarke A. Disability prevention and communication among workers, physicians, employers, and insurers—current models and opportunities for improvement. *Disability and Rehabilitation,* 26: 625–34, 2004.

Ratton Júnior L A. Senso comum, linguagem, ação e ordem: uma introdução à Etnometodologia. Disponível em:< http://www.ufpe.br/eso/revista4/ratton.html>. Acesso em: 31 de agosto de 2008.

Rolland J S. *Families, Illness, and Disability: an integrative treatment model.* 1.ed., Basic Books: New York, USA, 320 p.,1994.

Sachs P R & Ellenberg D B. The family system and adaptation to an injured worker. *American Journal of Family Therapy, 22*: 263-272, 1994.

Sampaio R F, Silveira A M, Viana S O, Oliveira G B A, Frade F. Implantação de serviço de reabilitação profissional: a experiência da UFMG. *Fisioterapia e Pesquisa*, 12 (2): 28-54, 2005.

Santos H. Interpretações da vida cotidiana: Aproximações à análise do mundo da vida. *Civitas*, 9: 103-17, 2009.

Schultz I Z, Stewart A M. Disentangling the Disability Quagmire in Psychological Injury and Law. *Psychological Injury and Law*, 1:103–21, 2008.

Sharpe L, Curran L. Understanding the process of adjustment to illness. *Social Science & Medicine*, 62: 1153- 66, 2006.

Simionato M A W, Oliveira R G. Funções e transformações da família ao longo da história, 2003. Disponível em*:*<www.abpp.com.br/abpppprnorte/pdf/a07Simionato03.pdf. Acesso em: 20 de maio de 2008.

SIASS (Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor), 2009. Disponível em: https://www1.siapnet.gov.br/saude/. Acesso em: 04 de fevereiro de 2010.

Singly F. *Sociologia da Família Contemporânea*. 1.ed., Editora FGV: Rio de Janeiro, Brasil, 208 p., 2007.

Spradley J P. The Ethnographic Interview. Disponível em: <https://uascentral.uas.alaska.edu/onlinelib/Spring-2006/COMM335J01/Spradley_Steps.ppt.> Acesso em: 14 de janeiro de 2009.

Sprangers M A G, Schwartz C E. Integrating response shift into health-related quality of life research: a theoretical model. *Social Science & Medicine*, 48: 1507-15, 1999.

Strunin L, Boden L I. Family consequences of chronic back pain. *Social Science & Medicine*, 58: 1385–93, 2004.

Takahashi M A C. Avaliação em Reabilitação Profissional. A experiência de adoecer por LER e o resgate da autonomia: uma trajetória singular. Dissertação de Mestrado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 111 p., 2000.

Disponível em:< http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000197873>. Acesso em: 23 de janeiro de 2010.

Tonkiss F. Analysing discourse. In: Seale C (ed.). *Researching Society and Culture*. 3 ed., Sage publications Ltd, 349 p.,2002.

Universidade Federal da Bahia. Roteiro de Dissertação e Projeto de Dissertação. Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho, 1. ed. Salvador,Bahia, fevereiro de 2009. Disponível em:< http://www.sat.ufba.br/site/main.asp?view=Arquivos>. Acesso em: 08 de janeiro de 2010.

Vahtera J, Pentti J, Kivima M. Health Sickness absence as a predictor of mortality among maleand female employees. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58:321–26, 2004.

Vingård N E, Lindberg P, Josephson M, Voss M, Heijbel B, Alfredsson L, Stark S, Nygren A. Long-term sick-listing among women in the public sector and its associations with age, social situation, lifestyle, and work factors: A three-year follow-up study. *Scandinavian Journal of Public Health,* 33: 370-75, 2005.

Volin E, Koevering D V, Loeser J D. Back Sprain in industry: the role of socioeconomic factors in chronicity. Spine, 16: 542-48, 1991.

Waddell G. & Burton K. Concepts of rehabilitation for the management of common health problems, 2004. Disponível em: http://www.workingforhealth.gov.uk/documents/concepts-of-rehabilitation.pdf. Acesso em: 01 de novembro de 2009.

Waddell G. & Burton K. Is Work Good for your Health and Wellbeing? Disponível em: <http://books.google.com/books?hl=ptBR&lr=&id=bEZlEmznJccC&oi=fnd&pg=PR5&dq=Is+Work+Good+for+your++Health+and++Wellbeing%3F+2006&ots=8JCI8432Mz&sig=1P86etqUMQMuu7rABpio0-bW0u42006>. Acessado em13/07/2008.

Walsh F. The Concept of Family Resilience: Crisis and Challenge**.** *Family Process***,** 35**:** 261-81, 1996.

Ware N C. Toward a model of social course in chronic illness: the example of chronic fatigue syndrome. *Culture, Medicine and Psychiatry* 23: 303–31, 1999.

World Health Organization. The WHO Family of International Classifications. Disponível em: < http://www.who.int/classifications/en>. Acesso em: 24 de março de 2009.

Young A E, Roessler R T, Wasiak R, McPherson K M, Poppel M N N, Amena J R. A Developmental Conceptualization of Return to Work. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15: 557-68, 2005.

XI. ANEXOS

ANEXO 1. ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

ENTREVISTA COM O TRABALHADOR-DOENTE

Histórico da vida antes de estar doente e as mudanças com a doença; experiência de estar doente e se encontrar afastado (a) do trabalho; visitas ao serviço de saúde para ser tratado da doença; o nível de concordância e tolerância sobre o quê acredita ter em relação à doença e o diagnóstico da equipe médica; como segue a recomendação para o tratamento; experiência de estar em casa e fora do ambiente do trabalho; descrição das atividades diárias na residência; identificação dos membros da família; descrição do papel da família na recuperação da capacidade laboral; descrição da residência; entendimento dos colegas e supervisores sobre o seu afastamento do trabalho; experiência com o serviço pericial da UFBA; ações que executa para recuperar a capacidade para o trabalho; o conhecimento sobre os direitos em relação ao adoecimento e afastamento do trabalho; experiência sobre a vida social; descrição das perdas e ganhos que têm com a doença e o quê isso representa na recuperação profissional.

TÓPICOS DA ENTREVISTA COM A FAMÍLIA

Identificação do membro; o relacionamento interpessoal; os papéis que cada um tem no processo de ajuda em relação à doença; identificação do membro da família e quem administram as contingências; experiência da família no processo de doença e ações que constroem para reduzir o problema; sobre as mudanças do relacionamento entre o doente e a família; a descrição da família sobre o paciente antes do adoecimento; as atividades cotidianas importantes para a família; descrição de um dia típico na casa; experiência das perdas e

ganhos na família com a doença e o quê representa no papel de membro da família para recuperação do doente.

ANEXO 2. CASOS DAS FAMÍLIAS DOS SERVIDORES

O CASO DA FAMÍLIA DE BEATRIZ

Beatriz é uma profissional da saúde que trabalha no hospital. Aos 49 anos, solteira (encontra-se separada do marido há mais ou menos dezoito meses) convive atualmente com seus dois filhos. O mais velho de trinta anos, chama-se Demerval, está desempregado e apesar de ser casado passa a maior parte do tempo na casa da mãe. A caçula, de sete anos é filha adotiva chama-se Iasmim e como veremos adiante é motivo de conflitos entre mãe e filho. Para manter esta família utiliza o salário da universidade, sua única fonte de renda.

Até o falecimento da genitora em 2004 vivia tranquilamente numa cidade do interior da Bahia quando teve de mudar para Salvador. Ao se transferir para esta cidade decidiu alugar uma casa, apesar de ser proprietária de um imóvel no terreno comum a residência de outros familiares. Entretanto, com as perdas financeiras provocadas pela redução do seu salário e aumento dos gastos com o tratamento da sua doença viu-se obrigada a trocar de domicílio. Em dezembro de 2008, mudou-se para a casa de sua propriedade, local da atual moradia e que chama de "*labirinto, porque saindo de uma escada já tá na casa da outra (residência dos irmãos e irmãs), aquela coisa*".

Reside em um bairro popular e descreve a sua casa, ainda em construção como uma estrutura de "*lage*" de dois pavimentos, três quartos, uma sala, uma cozinha, dois banheiros e uma área de serviço. Diz que é um arranjo arquitetônico e costuma chamar de "*casa geminada"* porque as paredes são comuns a outras residências da vizinhança, mas com entradas independentes, onde divide o espaço do terreno com outras famílias de um irmão e três irmãs parentais.

Fazem parte da sua rede de relacionamento familiar: seus dois filhos; a neta (filha de Demerval) que fica sob os seus cuidados de segunda à sexta-feira; uma nora, que aparece esporadicamente e os seus vizinhos parentes, as irmãs Joana, Benedita (moram no fundo da casa geminada), Lourdes e um irmão que reclama ser uma constante preocupação porque é um alcoólatra, briga com a esposa e sempre está procurando confusão na redondeza. Além destes, o ex-companheiro não deixou de ter contato com a família

O ADOECIMENTO

Trabalha no mesmo setor do hospital desde 1996 onde exerce sua função cumprindo jornada que abrange plantões noturnos. Para executar sua tarefa de trabalho tem que empurrar um carrinho fazendo ronda nas enfermarias. Durante um dia típico de trabalho carrega de um lado para outro

alguns volumes pesados. Por causa desta rotina, no final do expediente ficava muito cansada e com dores em todo o corpo.

Relata que passou a ter dores crônicas na coluna em decorrência de "*um processo degenerativo em algumas vértebras, hérnia de disco em formação, espondilartroses, esporão nos dois pés e tudo mais*". Em dia de trabalho como qualquer outro, "*tomou um escorregão*" que lhe provocou muitas dores na coluna, agravando o quê já estava sentindo. Em consequência disso teve que ficar afastada do serviço por sessenta dias.

Após o acidente e por conta da condição clínica resolveu procurar o médico do setor de saúde ocupacional para que este fizesse uma recomendação para o setor onde trabalhava sugerindo que fosse colocada em outra função, segundo o seu entendimento, mais adequada para a sua limitação física. Mas, por falta de opção continuou na mesma atividade.

Com o passar do tempo e exposição continuada à mesma carga de trabalho apresentou piora do quadro clínico. As dores se acentuaram, cursou com incapacidade e até quando não suportou mais resolveu procurar atendimento médico. Só que desta vez, com a recidiva dos sintomas está sem trabalhar por longos dois anos e três meses (de abril 2007 até julho 2009 quando foi realizada a entrevista). Beatriz fala que o seu caso não é o único na sua unidade e que existia relato de colegas com o mesmo problema de saúde e que foram obrigados a pedir transferência.

Diante deste cenário, construído neste horizonte de significado desenvolve-se um complexo processo, nesta nova fase da sua vida que irá interferir na forma de agir e conviver cotidianamente no ambiente familiar. O período de adoecimento e afastamento do trabalho considerado como momentos de vulnerabilidade para o indivíduo vai exigir de Beatriz e dos membros da sua família um comportamento de alta ou baixa coesão para manter as demandas psicossociais nas suas inter-relações cotidianas.

O MODO DE AGIR

Antes da doença era uma pessoa ativa, gostava de trabalhar fora de casa e buscava o todo tempo sua autonomia. Não esperava ajuda de ninguém para fazer as tarefas domésticas e estava sempre na dianteira. Agora tudo mudou, e que os tempos são outros. A força interior que servia de escudo para enfrentar as dificuldades do dia a dia foi minada pelas constantes dores no corpo e o uso de sedativos que lhes deixam muito sonolenta e irritada. Não consegue mais fazer as tarefas simples, incomoda-se com tudo e com todos e diz que: "*O fato é que eu não estou me sentindo útil por assim dizer, entendeu*?".

Diz que para lidar com tanta dificuldade utiliza algumas estratégias, posto que não goste de delegar suas obrigações a terceiros: "*faz as coisas do seu jeito, na hora que quer e pode* (quando não está com dor) *e do que é possível fazer".* (porque)... *As dores, elas estão ali, né? Eu procuro ignorá-*

las, né? Que até Dra Rose disse o seguinte: que eu tenho que aprender a conviver com elas. Porque eu tenho, segundo ela são dores crônicas, né? Boa eu não vou ficar, mas eu tenho que me adaptar pra que minha vida seja normalmente. Tá entendendo?...

Com esta dimensão da sua incapacidade não consegue ter uma vida social normal. Tem boas lembranças do tempo que era uma pessoa extrovertida, que ia à praia quando podia e levava a filha aos parquinhos. Só que "*agora fica sem querer sair de dentro de casa*". Apesar desse comportamento lhe deixar "*improdutiva*", mais "*chata*" e "*insuportável*" não tem que ficar lamentando. Segue em frente porque a vida continua. Procura fazer um curso fora, está estudando a Bíblia, participa da congregação na sua igreja e vai aos congressos religiosos.

A CONVIVÊNCIA

Com o afastamento do trabalho e retorno à convivência diária na residência, a sua vida se transforma. Como membro do grupo familiar se surpreende com as coisas que estão acontecendo, muitas vezes não vivenciadas durante o período que tem que executar a jornada de trabalho. Este estranhamento vai interferir na forma de agir e de se relacionar amplificando os antigos conflitos observados neste ambiente.

A convivência que tem com o filho tem sido conflituosa porque entende que Demerval é uma pessoa de relacionamento difícil. Gosta de ser "*independente*" e sempre contesta as suas determinações. Desde quando adotou Iasmim (para ser filha) notou uma mudança no seu comportamento, passando a ter ciúme da irmã, motivo de briga que acontece o tempo todo, além de querer interferir na educação dela. Agora em casa diuturnamente tem que gerenciar estes momentos e sente muito sobrecarregada.

Na visão de Demerval os conflitos gerados do seu relacionamento com Iasmim são porque discorda da forma como a mãe educa a filha: "*Sempre passa a mão pela cabeça dela".* Acrescenta que a irmã não é fácil e que depois de ter vivido vinte e dois anos como filho único "*tem dificuldade para conviver com uma criança dentro de casa*".

Tudo isto é motivo de constante aborrecimento e para completar a carga que carrega diariamente, o filho que não trabalha e é dependente financeiro da mãe, arrumou um "casamento" que é "*aquela* coisa *porque não fica na casa da esposa com a esposa"* e ainda trouxe a neta de oito meses para ficar sob os seus cuidados. Ele se rotula como uma pessoa "*independente*" e age como tal, mas não divide as tarefas domésticas e não compreende a situação atual.

O outro conflito que tem de administrar durante esta fase de sua vida é resultado da convivência com o irmão alcoólatra. Esse é um problema antigo que se acentuou com as perdas financeiras provocada pelo adoecimento, quando teve que se mudar para a residência atual. Quando morava distante não "*presenciava as coisas*" dele. Agora é diferente porque "*se* (*ele*) *toma dois dedos*

de cachaça é um terror. Tem confusão. E mesmo sem querer, as pessoas lhe chamam para ver jogado na rua e todo sujo". Os conflitos foram tantos que chegou até a envolver Demerval que por causa disso quase entrou em luta corporal. Vendo que a situação estava ficando insustentável chegou a unir-se com as irmãs para ajudá-lo. Apesar de seu esforço ficou muito desapontada porque o irmão continuou a fazer uso abusivo de bebidas alcoólicas e com o mesmo comportamento anti-social. Por causa disso ficou mais doente e resolveu se afastar rompendo a relação que tinha com ele.

Estas duas situações de conflitos, associadas à atual condição de incapacidade provocada pela doença têm-lhe causado um esforço enorme para gerenciar este momento de sua vida. Explica que o convívio com eles passou a ser mais problemático porque ficou menos tolerante e se irrita com facilidade.

FORMA DE GERENCIAR

Sabe que precisa administrar as coisas com maestria, porque tudo que está acontecendo pode impor uma nova carga com efeito negativo na sua saúde agravando e dificultando a sua reabilitação. Como não consegue administrar sozinha este problema clama por ter alguém que substitua parte de seu papel em casa para aliviar a carga físico-emocional e apesar de tudo não encontra no filho algum suporte, o único adulto saudável e em condições de ajudar.

A ECONOMIA DE PERDAS E GANHOS

A capacidade restrita de Beatriz para lidar com tudo isso se acentua com o agravo financeiro imposto pelas perdas dos benefícios salariais que tinha quando trabalhava durante a noite e ganhava adicional noturno. Neste trecho da entrevista explica o que aconteceu: "... *Ah! Dinheiro* (pausa) *dinheiro. O que eu perdi na realidade foi dinheiro, afastada é aquela coisa que não estando trabalhando, eu não vou receber, como adicional noturno, tá entendendo? É, é* (gagueja) *como é que se diz, vale transporte, auxílio, essas coisas assim...".*

Este é um problema comum aos trabalhadores que vivem à custa de salários básicos baixos e dependem de adicionais para melhorar a sua renda. Quando ficam doentes perdem estes complementos e às vezes se surpreende porque agora recebem menos e têm que gastar mais. O investimento financeiro, nos encargos mínimos da moradia, engole a renda mensal e os custos adicionais com medicamentos e transporte sobrecarregam o orçamento familiar levando à possibilidade de colapso.

O prejuízo financeiro sofrido por Beatriz passou a ser um fator agravante adicional no processo de seu adoecimento e incapacidade por ela ser a única provedora da família. Segundo Demerval se a mãe não tivesse endividada ela estaria "*com a cabeça mais fresca*" menos estressada. Durante esta fase viu-se obrigada a ajustar o seu orçamento. Optou por deixar a casa que alugava,

economizando o dinheiro que pagava mensalmente no valor de "*quatrocentos e pouco reais*" e se mudou, mesmo contra a sua vontade para o local onde reside que é de sua propriedade. Em consequência disso teve que aceitar residir próximo ao irmão alcoólatra e como já mencionado anteriormente esse fato lhe trouxe muito aborrecimento.

Com a doença não se tem somente perdas, nesta economia de perdas e ganhos especulam-se possíveis ganhos para os filhos (ganhos terciários) como, por exemplo, a presença da mãe em casa. Beatriz, na busca de uma solução para negociar o seu retorno ao trabalho não leva em consideração esta vantagem quando diz que não pretende ficar em casa e que a sua presença não deve inibir a construção da independência de cada um e que estes não devem ficar esperando o tempo todo pelos cuidados da mãe.

NEGOCIAÇÕES PARA O RETORNO TRABALHO

Diante das pressões exercidas pelos conflitos em casa e perda financeira surge a oportunidade de negociação. Em casa, Demerval se mostra disposto a colaborar e diz que "*está procurando* (pausa) *é, eu estou procurando me comportar né*? *De forma que a gente não entre em discussão*". Busca uma conversa amigável em vez da costumeira discussão entre ambos. Tem se policiado porque ela está doente, independente do seu temperamento a mãe está em primeiro lugar.

No trabalho faz contato frequente com a coordenação em busca de uma opção para poder voltar a trabalhar com suas limitações. Não conseguiu uma resposta positiva. Soube de uma vaga em outro local na universidade onde pode trabalhar, e se dispôs a procurar o serviço médico para negociar o seu retorno com o setor de saúde ocupacional.

Beatriz recebe algum suporte da família através do apoio das irmãs: *"... Agora como eu resolvi que eu quero voltar a trabalhar, eu tenho o apoio delas. Elas estão sempre comigo..."*. Como não conseguiu negociar com o irmão resolveu afastar-se dele apesar de se sentir "*egoísta"* pensando mais em sua saúde.

Entretanto, com tanta dificuldade procurou meios para viabilizar o seu retorno ao trabalho na universidade. Não quer ficar improdutiva e limitada a fazer apenas a tarefa doméstica. Rejeita a possibilidade de continuar em casa porque significa conviver com o filho, que fica o tempo todo discordando das coisas e também a possibilidade de presenciar o comportamento do irmão. Além disso, reporta também que tem interesse em votar a trabalhar porque perdeu financeiramente, sua vida ficou tumultuada, se isolou socialmente, está com sofrimento psíquico e aumentou a responsabilidade com a família.

Neste caso, vale apena salientar que os conflitos gerados em consequência da sua presença em casa e a da perda do poder aquisitivo atuaram como fatores "atenuantes" para suportar as dores e incapacidade, estimulando-a a procurar o serviço de perícia para viabilizar seu retorno ao trabalho.

Em novembro deste ano, período em que estava redigindo este texto fiz novo contato com Beatriz para esclarecer alguns pontos pendentes da nossa conversa. Esta me informou que estava em outro momento de sua vida porque tinha voltado a trabalhar no dia 18 de outubro de 2009, em outra função, agora como secretária do setor de atendimento ambulatorial de outra unidade da UFBA e que o filho, Demerval, tinha conseguido um emprego e também estava trabalhando.

O CASO DA FAMÍLIA DE JULIA

Julia, 48 anos, profissional da saúde de nível superior, trabalha na unidade hospitalar da universidade desde 1996. É solteira e convive atualmente em casa, com um sobrinho de 14 anos, que cria desde quando nasceu e chama de filho, e com as irmãs Ciça, 59 anos e Maria, 54 anos. Reside em um conjunto residencial de sua propriedade que foi herança da mãe. Para chegar lá utilizei o carro do serviço médico em companhia do motorista da unidade de saúde. O bairro onde reside fica na periferia da cidade, um local distante, bem populoso e movimentado. A rua é estreita, onde mal dá para circular um carro pequeno. Ao chegar ao local do encontro deixei o motorista esperando no carro, que ficou estacionado num ponto próximo a residência da servidora.

A casa de Julia é de propriedade da sua família parental. Está dividida em um andar superior onde reside um irmão; uma "*casa*" [7] no fundo, do filho de seu irmão e uma quarta "*casa*" que pertence a outro irmão e que se encontra fechada. É geminada com outras "*casas*" vizinhas tanto do lado direito quanto do esquerdo. Observa-se na entrada um gradeado de ferro com um portão fechado por um cadeado indicando uma preocupação com a segurança.

Fui recepcionado pela nossa personagem que trajava um vestido colorido de tecido simples aparentando já desgastado pelo tempo. Convidou-me para entrar. Perguntei se tinha algum cachorro porque tenho medo e nessas residências é comum ter um. Entrei na casa após ela ter prometido, para minha tranquilidade que o lugar era seguro. Encontrava-se sozinha, o sobrinho que chama de filho, o outro membro da sua família estava na escola.

Ao chegar à sala, apresentou-me os cômodos. Disse que a casa era "*um conjunto residencial*". Mora no térreo. Na parte de cima tem um irmão e no fundo tem uma "*casa*" de outro irmão, que está fechada. E tem um também que mora lá, em outra "*casa*". São quatro "*casas*" no mesmo lado. A sua residência tem uma sala, dois quartos (um dela e outro do sobrinho), uma copa, uma cozinha e uma

---

[7] O que ela chama de casa é na realidade um casa grande que teve seu espaço redividido para acomodar a residência dos outros membros da sua família.

área de serviço. Na sala, onde esperei as irmãs para entrevista é relativamente ampla com móveis decorados com artesanatos feitos por ela. No meio tem um sofá coberto com uma manta.

As entrevistas com Julia foram realizadas no serviço médico da UFBA e na sua casa, onde tive oportunidade de reunir as irmãs em uma manhã de quinta-feira. O dia estava quente e ensolarado o quê estimulava o nosso encontro. Durante a nossa conversa tive a oportunidade de gravar e anotar a história desses personagens, nos seus papéis nesse processo de afastamento do trabalho.

O ADOECIMENTO

Para entender o universo de significado de nossa personagem descrevo seu adoecimento, que começa em 2003, ao perceber que tinha dificuldade progressiva de abrir as mãos associada à dormência, que a impedia de executar sua rotina de trabalho. Diz que passou dois anos fazendo exames sem descobrir a causa do seu problema. Com o tempo sugiram novas queixas, como dores nas pernas, dormência e "*formigamento*" nas extremidades inferiores.

Em 2005, começou a "*engatilhar os dedos*". Um ano após fez a cirurgia no primeiro dedo. *"Só o gatilho* (silêncio) *foi questão de tempo, eu melhorei e voltei a trabalhar"*. Em 2006, um ano depois, começou a perder a força na outra mão que se associou a muita dor no punho. Os dedos passaram a ficar engatilhados principalmente durante alguns movimentos repetitivos. Quando o quadro evoluiu, chegando ao ponto de ter dificuldade para escrever, se sentiu muito incomodada. Disse que infelizmente a sua profissão escreve muito nos prontuários e o seu trabalho, na maioria das vezes a noite era bastante cansativo. Tinha dia que era a única de plantão e por isso circulava de *"cima para baixo, de um lado para o outro"* fazendo rondas nas enfermarias. Então, *"era muito prontuário para fazer anotações e começou a notar que em alguns dias de trabalho já não conseguia mais escrever"*. Chegou a um grau de incapacidade que teve de ficar afastada do trabalho.

Submeteu-se a uma segunda cirurgia da mão e no pós-operatório começou apresentar dores na coluna que motivou a uma nova prorrogação do tempo de afastamento do trabalho. Realizou novos exames, inclusive ressonância magnética que acusou hérnia de disco lombar. A partir daí teve que enfrentar um ritual de tratamento fisioterápico, suporte da clinica da dor, acupuntura e tratamento medicamentoso. Com a doença, houve transformação da rotina de sua vida afetando também as coisas em casa. Diz que às vezes ela ficava muito sonolenta pelo efeito dos sedativos. Um dia chegou a se acidentar quando trabalhava na cozinha por causa da perda dos reflexos induzida pelas drogas.

Desde outubro de 2007 está afastada do trabalho sofrendo com dores crônicas. Relata que o seu processo de adoecimento foi cheio de intercorrência porque os médicos que consultava não acreditavam nas suas queixas. Eles diziam que tinha a doença, mas não apresentava alteração nos exames. Um chegou a comentar *"o que uma Profissional da saúde faz para estar com esse problema todo"*. No entendimento de Julia, as visitas no setor de perícia também eram muito desgastantes.

Numa dessas consultas, o perito questionou o atestado dado por um médico para afastamento de noventa dias e fez um comentário jocoso*: "é o seu médico caprichou em* (no tempo de afastamento), *me deixa ver aí* (o atestado), *olhou e* (disse) *é só isso. Ainda brinquei disso* (de uma doença) *é só isso".* Portanto, mesmo doente ainda tinha que passar por essa provação de que não estava fraudando a instituição que trabalha.

O MODO DE AGIR E ESTRATÉGIAS

Antes do adoecimento era uma pessoa ativa que gostava de acordar cedo e fazer caminhada. Viajava muito. Fazia artesanatos para complementar sua renda. Ia aos encontros na igreja onde se reunia com as irmãs, sempre as quintas-feiras, para falar da *"célula"* onde tem o cargo de líder. Segundo a irmã mais velha ela era uma menina que trabalhava e dava tudo pelo trabalho, pela família e pelos vizinhos. Quando alguém precisava de cuidado ela estava ali, pronta para ajudar. Cuidou da mãe, que sofria de insuficiência renal, na residência até o falecimento dela.

Agora está tudo difícil. Luta para tentar ser o quê era, mas com as dores não consegue fazer nada. Já não participa com a mesma frequência das reuniões da *"célula"* [8]. Apesar disso não se entrega. Os trabalhos que fazia em casa, como dar injeção e banho em recém-nascido também está impossibilitada. A irmã diz que a mesma dificuldade que ela tem para fazer o trabalho no hospital tem também de fazer em casa.

Ultimamente tem evitado fazer muitas coisas do cotidiano na residência. Está sem tato, por isso derruba os utensílios domésticos com facilidade. Não tem equilíbrio e esquece as coisas. Bota alguma coisa no fogo e só lembra quando alguém grita: "*tem alguma coisa queimando aí".* Atribuiu a tudo isso o efeito colateral dos medicamentos.

Não vai mais a uma praia. Evita viagens de carro porque é um sofrimento. Até para ir à sua igreja é complicado. Não consegue permanecer muito tempo de pé. O barulho da rua lhe incomoda, pegar um ônibus é um sacrifício. A irmã fala; *"e as pessoas olhando assim a aparência* (de Julia) *não diz que ela tem este problema todo né? Aí ela está em pé* (no ônibus), *não vai dizer assim, me dá este lugar que estou doente. Ninguém vai acreditar"*

Enfrenta sua incapacidade com muita fé e força de vontade. As atividades sociais estão limitadas, mas *"a vida não terminou"* tem esperança de tempos melhores. Brinca ao falar: *"tive que ficar estacionada um tempo pra restaurar* (a saúde) *pra ficar tudo novo, de novo".* Quer ficar boa e tem vontade de voltar a trabalhar. Espera completar o tempo de serviço e não pretende se aposentar por invalidez. Ultimamente, nos períodos que se sente melhor faz aula de dança. Voltou a fazer seus

---

[8] Célula é um grupo da igreja batista que se reúne com objetivo de ajudar os fieis quando estão precisando de ajuda.

artesanatos e pinturas, retornou aos encontros com o grupo da igreja e tem viajado pelo menos uma vez por mês.

A CONVIVÊNCIA

Em casa convive com o sobrinho que cria desde o nascimento. Ele é filho do irmão mais velho com uma mulher bem mais jovem e que não vivem juntos. Além do rapaz, está sempre em contato com um irmão, que mora no andar de cima e as irmãs Ciça e Maria, que frequentam sua residência quase diariamente para ajudá-la nas tarefas de casa.

Mateus, o "filho-sobrinho" estuda, e é seu dependente financeiro. Às vezes lhe ajuda na divisão das tarefas. Preocupa-se com ela principalmente quando está sentido dores: *"mãe vá deitar. Vá dormir. Vá descansar. A senhora está se agitando muito"*. Ultimamente andam se estranhando por causa da doença. Quando está nesta fase, Julia fica agitada, se irrita com ele que responde: *"mãeinha, a senhora está muito nervosa"*. Aí tem hora que estão bem. Em outro momento está desobediente. Ameaça devolvê-lo ao pai, inclusive já avisou até o irmão. Realmente a situação de conflito chegou a um ponto que ela não teve outra opção e o "filho-sobrinho" já não está mais sobre os seus cuidados.

Por outro lado, tem uma boa convivência com as irmãs. Além do vínculo parental estão juntas pelo voto religioso através da igreja. Elas têm o hábito de ligar diariamente procurando saber como está passando e se está precisando de alguma coisa. Dividem as tarefas domésticas, como limpar a casa, cozinhar e lavar roupa. Acompanha Julia nas consultas médicas. A mais velha de todas, mora muito próximo e por essa razão está mais disponível. Às vezes manda almoço e acompanha-a até o serviço médico. O irmão Antonio, mora no andar de cima e outro sobrinho, reside no térreo. Ambos têm uma boa convivência e ajudam quando precisa.

Julia é uma referência para a família parental. Os irmãos e irmãs estão sempre lhes consultando a cerca das coisas do dia a dia, como os problemas de saúde e financeiro. É talvez na família quem dê as coordenadas, segundo as irmãs. Por causa da sua profissão é vista como alguém que sabe resolver tudo e a qualquer hora. Quando tem algum conflito entre os familiares ela se posiciona como apaziguadora. A doença tem lhe restringido muito sua capacidade conciliadora e o sentimento dos que convivem com ela é de preocupação e perda do seu apoio para resolver os conflitos que acontecem no ambiente familiar.

A ECONOMIA DE PERDAS E GANHOS

Não só os familiares tiveram perdas com sua doença, Julia reclama da suas limitações funcionais que a impede de curtir suas atividades sociais e religiosas. Tem dificuldade para fazer o artesanato, pintura e os trabalhos extras da profissão que lhes davam um dinheiro extra. A situação

financeira apertou um pouco e só tem recursos para o gasto com alimentação e compra de medicamento. Por outro lado, apesar de só ter tido perdas com a doença sente-se uma pessoa lutadora e que logo que possa vai retornar ao seu trabalho.

NEGOCIAÇÕES PARA O RETORNO AO TRABALHO

Questionada sobre os motivos que lhes impediam de retornar ao trabalho, respondeu que uma das razões é que para executar sua rotina de trabalho usa principalmente as mãos e as pernas. Porque tem que escrever muito e fazer rondas nas enfermarias que são distantes uma das outras. Fala também que se encontra em uso de medicação e tem medo de interferir no cuidado dos pacientes.

Diz que não quer se aposentar na condição de *"inválida"* porque trabalhou este tempo todo e agora no final (faltam dois anos para se aposentar), que está doente, precisa de remédio, tem que gastar mais não pode sair de qualquer jeito. A sua saída dessa forma vai causar prejuízo financeiro porque receberá proventos proporcionais e não integral. Tem conversado com as colegas, que lhes têm aconselhado a procurar um serviço especializado em acidente de trabalho, porque entende que sua doença é de cunho ocupacional e por isso tem direito de receber o salário completo na aposentadoria.

Comenta sobre a dificuldade para resolver este problema porque o quê ganha não dá para pagar os custos com advogados. Está disposta a negociar o seu retorno ao trabalho, e por falta de opção, aceita voltar desde que lhe coloquem em alguma atividade diferente da função que exercia antes da doença. Sabe que tem o suporte das colegas e ultimamente mantém um diálogo com a chefia negociando o seu retorno. Na última consulta com o ortopedista recebeu uma indicação que poderia voltar a trabalhar com restrição e aproveitou para agendar uma conversa com o médico da saúde ocupacional.

O CASO DA FAMÍLIA DE ARTUR

Artur, 63 anos, exerce o cargo de professor universitário desde 1978. Além das atividades de ensino desempenhava até o início de sua doença a profissão de empresário. Casado com Luisa, uma professora aposentada e companheira fiel, que lhe acompanha há vários anos. Tem um casal de filhos, Roberto (34 anos) e Carla (32 anos). Mora em Salvador, num apartamento de sua propriedade, localizado em bairro de classe média alta. Sua residência é espaçosa e tem três quartos, *Living*, dependência de empregada, cozinha e dois banheiros.

Residem com ele neste espaço atualmente a esposa, a filha, o genro e uma neta. Carla, mesmo sendo casada nunca saiu de casa. Artur reclama que ela está sempre prometendo comprar um apartamento, que vai mudar e até hoje não aconteceu nada. Já tiveram uma convivência mais pacífica como veremos mais adiante. Conhece o genro há muitos anos desde quando ele era criança. Ele foi colega do filho do jardim de infância até completaram o curso de veterinária. Dessa amizade surgiu o casamento da filha.

O ADOECIMENTO

Artur dividia seu tempo de trabalho entre as aulas da universidade e a empresa. Segundo informa era muito requisitado para dar opinião sobre projetos e proferir palestras. Gozava de boa saúde e apesar da idade tinha disposição para tudo, e era saudável. Conta que um dia saiu para fazer caminhada juntamente com sua esposa e no trajeto, que costumava fazer diariamente foi advertido por ela para corrigir a postura porque estava andando e caindo para os lados. No princípio achou que era apenas uma questão de postura e não procurou ajuda para resolver o problema.

Alguns dias depois, ao se deslocar para um shopping Center dirigindo um carro, no estacionamento, sentiu muita dificuldade para sair do veículo e ficar ereto. Naquele momento estava acompanhado da esposa, que ficou apavorada com a cena e tratou de pedir ajuda ao filho, que imediatamente levou a um serviço de emergência. No hospital, realizou exames e para surpresa e tristeza de todos soube que tinha uma doença grave e que o tratamento indicado seria cirurgia. Em novembro de 2007, foi operado e a partir daí começa a sua experiência de estar afastado do trabalho por motivo de doença e vivendo diariamente na residência com seus familiares.

Após a cirurgia começou a fazer o tratamento e com o tempo sugiram os efeitos colaterais roubando-lhe parte da capacidade laborativa. Perdeu um pouco da audição associada a um desequilíbrio do corpo, que tem dificultado caminhar e dirigir. Para completar a lista de problemas está com lentidão de raciocínio. Tudo isso tem lhe deixando muito dependente de seus familiares para fazer as tarefas diárias, como se deslocar para ir ao médico ou participar de atividade social.

MODO DE AGIR

Segundo Luisa, antes da doença era uma pessoa muito agitada, "*acordava cedo para trabalhar e chegava tarde. Já chegava cansado. Mas, fazia tudo e não tinha preguiça. Não tinha indisposição nenhuma"*. Comandava *"as coisas"* nunca dividia as tarefas em casa. *"Isso acontecia raramente. É do signo* (sexo masculino). *É tudo na mão. Às vezes me aborreço. Ele não ajuda. É tudo na mão"*. Na empresa, de sociedade com um colega desenvolvia projetos e fazia viagens para locais onde executava seu trabalho.

Com a doença, passou a ser uma pessoa religiosa, frequentador de missa e cumpridor de promessa para São Expedito, a quem devota toda sua fé para se curar da doença. Ficou mais passivo: *"agora, ele, coitado, é sempre ouvido e sempre está sendo, como é que se diz, orientado"*. Não se mostra apavorado e está otimista com a possibilidade de recuperação. O que tem lhe deixado triste é a dificuldade para dirigir e andar sozinho. Apesar disso, continua acordando cedo e ocupando seu tempo fazendo projetos no *notebook*. Durante o tratamento *"é uma pessoa que não dá trabalho, é muito tranquilo. Se sente alguma coisa, não se expressa"*.

A CONVIVÊNCIA

A rotina do cotidiano de alguns membros de sua família vai sofrer mudança durante o período de incapacidade. Sua esposa diz que teve que se dedicar a ele quase em tempo integral, para levá-lo aos médicos, à clínica de quimioterapia e ao serviço de perícia médica. Com essas obrigações, não sobra tempo para os afazeres domésticos. Esse estresse todo lhe causou um infarto do miocárdio no ano passado. *"Acha que foi muito desgaste, (e) por causa da minha natureza eu sofri com isso. Não vivo mais como antigamente. Então, eu me sinto assim, fico um pouco triste, depressiva"*. Ficou um tempo sem dirigir por indicação médica e por essa razão já não podia mais transportá-lo para os lugares. Por conta da doença dele abdicou da companhia das amigas e reduziu suas atividades sociais.

A convivência com o genro ficou conflituosa após a ruína financeira secundária à perda da empresa. *"A filha vem lhe ajudando, em termos de pagar uma coisa, pagar outra. Paga condomínio, está entendendo? E o genro fica: oi vai acabar a fonte* (de dinheiro) *tá. Aí minha esposa* (pressionando)*: oi tem que dar um jeito* (voltar a trabalhar) *para ficar pelo menos o mínimo necessário para poder não ficar ouvindo esse negócio* (desaforo) *e tal"*. Dessa forma, sente-se obrigado a reduzir os gastos e ter maior participação no orçamento da casa. Não obstante, fica sem saber como resolver esse impasse porque está endividado e afastado do trabalho e dependente da renda do genro para sobreviver. Este passou a lhe cobrar mais austeridade e vem se sentido ofendido por isso. De qualquer maneira, tenta apaziguar os ânimos conversado, lhe mandando email de agradecimento pelos cuidados com a sua saúde e pedindo paciência e espera por tempo melhores.

A ECONOMIA DE PERDAS E GANHOS

O professor Artur relata que ele e sua família só tiveram perdas com o seu adoecimento. Ficou incapacitado, dependente e com dificuldade financeira. Dona Luisa, sobrecarregada e com uma doença

cardíaca de tanto estresse. A história da empresa é lembrada com muita mágoa. Já teve um padrão de vida de classe média alta. Diz que nos últimos anos vinha com problemas de relacionamento com o sócio. Um negócio de mais de trinta anos entre ele e um colega, que considerava como um irmão. Mas, os problemas da sociedade surgiram com o crescimento da empresa e a entrada dos filhos, filhas e outros parentes. Os filhos do sócio começaram a criar dificuldade para a sua família.

Quando terminou a cirurgia e teve alta retornou ao trabalho na empresa. Para sua surpresa estava tudo mudado e acha que *"pensaram que eu não ia retornar mais, que ia morrer"*. Estranhou a forma como lhe trataram. *"Já estava todo o pessoal dele lá e o meu indo... O acervo que era todo puxado para mim. E aí a nora já puxando para ela"*. Cada vez mais o ambiente foi ficando tenso. *"Um dia teve uma discussãozinha. Aí tentamos resolver e nada"*. Finalmente após muito desgaste acabou a sociedade. Disse que perdeu a renda e alguns benefícios como carro a sua disposição, assinatura de telefone e de jornal e que está com medo de perder o plano de saúde pago pela empresa. Procurou o INSS para receber o salário porque está afastado do trabalho e incapacitado. Mas, foi avisado pelo contador que não tinha direito porque não vinham fazendo depósito regular da previdência. Com a doença, já não pode mais se deslocar e fazer um serviço fora para ganhar dinheiro e a sua renda atual ficou basicamente limitada ao que recebe como professor na universidade.

Os ganhos com a doença restringem-se ao fato de perceber o quanto era querido pelos parentes e o seu lado religioso, que estava silencioso e agora é uma pessoa que não falta a uma missa. Segundo dona Luisa *"ganhou com a presença (de Artur) mais em casa e também cresceu mais a convivência da gente. As conversas agora têm mais tempo"*. Mesmo o genro, que vem tendo rusgas, esteve no hospital durante o internamento para cirurgia, não deixa de gostar dele. Não falta a solidariedade do filho, filha, esposa e dos amigos. Quando precisa de alguma coisa sempre tem alguém para ajudar.

NEGOCIAÇÕES PARA O RETORNO AO TRABALHO

Apesar de ter mudado a sua vida, de forma radical com a doença sonha com um futuro melhor. Espera curar e voltar a trabalhar assim que possível. Tem conversado com o médico que lhe dá esperança. A esposa também está otimista: *"a (minha) esperança (é) quando ele terminar o tratamento ele volte a trabalhar... Acho o quê impede é a quimioterapia. Ele é assim, se você faz uma pergunta a ele, ele demora um pouquinho. Ele raciocina... eu acho que ele tem condições de voltar a trabalhar"*.

Além da vontade de retornar a trabalhar, outro motivo que está lhe pressionando nesta fase de sua recuperação é a situação financeira porque depois que perdeu renda, com a saída da empresa recebe apenas o dinheiro da universidade e o salário de professor não é suficiente para cobrir os gastos previstos no orçamento doméstico. A esposa já lhe disse que precisa ganhar pelo menos o mínimo para as despesas. Tem 63 anos e sabe que só aos 65 completará o tempo mínimo necessário para

aposentadoria, se sair agora vai receber menos. Até lá pretende continuar trabalhando e conta com ajuda do pessoal da faculdade.

O CASO DA FAMÍLIA DE IVETE

Ivete, 54 anos, tem a rotina de trabalho que inclui plantões noturnos no hospital. Mantém-se viúva mesmo tendo decorrido dez anos do falecimento do cônjuge. Convive com os três filhos, sendo dois do sexo masculino. O mais velho, Jorge, 28 anos, estuda direito. O segundo da prole, Dado, 25 anos é estudante de curso de radiologia. Isabel, 20 anos é *"formada"* e trabalha no setor de lavanderia de um shopping. A renda familiar é composta basicamente pelo salário da servidora, que é complementada com a pensão deixada pelo marido e mais a renda originada do trabalho informal vendendo sapatos e "*colchões com infravermelho*".

Mora em um conjunto residencial localizado na periferia de Salvador, com acesso por uma rua bastante movimentada pela vizinhança. O local onde reside e passa atualmente a maior parte do seu tempo é de sua propriedade. Quando cheguei ao edifício anunciei a minha presença e ela prontamente desceu e me recepcionou no térreo. Convidou-me a subir até o primeiro andar. Ivete transpirava um ar de curiosidade, vestia uma bermuda jeans e uma camiseta tipo regata. O cabelo arrumado para a ocasião.

Conduzido até o primeiro andar, abriu o apartamento e acenou para que entrasse. Imediatamente tive acesso à sala de visita. Após os cumprimentos de praxe convidou-me para sentar. Em voz alta chamou Dado, o único em casa naquele momento, que se encontrava no quarto. Após alguns minutos de espera finalmente ele apareceu. Vestia apenas um calção, estava sem camisa e os cabelos assanhados mostrando algum grau de descuido. Fez um aceno rápido pra mim e em vez de vir pra sala se dirigiu à cozinha onde se percebia um som de movimentação de panela e fogão sugerindo que no local estava se preparando a comida para o almoço. Era um sábado ensolarado e o relógio marcava onze horas.

Enquanto esperava, ela teve oportunidade para me apresentar seu apartamento. Descreveu cada aposento e a quem pertencia. A unidade habitacional tem dois quartos, uma sala, cozinha, área de serviço e um banheiro social. A sala de visita é pequena, com um sofá de três lugares, uma poltrona confortável de cor vermelha-acastanhado em bom estado de conservação, uma estante ampla e cheia de livros, pilhas de CDs, um televisor convencional de vinte e nove polegadas e um conjunto de som e aparelho de DVD. Um corredor estreito dá acesso ao quarto dos filhos a esquerda e a direita um pequeno sanitário, que se encontrava limpo no momento da visita. Em frente, descortinava-se o quarto de nossa personagem. É um espaço de mais ou menos dezoito metros quadrados.

O quarto de Ivete testemunha sua forma de ser e de viver. Apresenta-se algo que desarrumado. Tem uma cama de casal, uma cômoda, um guarda roupa de seis portas em bom estado de conservação. Próximo à cama, uma estante guarda talvez o objeto de seu atual sonho, um violão que está sendo usado para cantar suas músicas. Espalhado por todo canto, observam-se caixas de CDs sugerindo um estúdio de gravação. Nesse ambiente, em um sábado ensolarado tive a oportunidade de entrevistá-la pela segunda vez. A primeira foi numa sala de consulta do Serviço Médico da Universidade.

A cozinha, apesar de ser pequena tem um fogão, uma pia, uma mesa para servir refeições. Encontrava-se arrumada e limpa, do seu interior ouvia-se um barulho característico de panela queimando no fogo. Uma fumaça esbranquiçada exalava, de uma delas um cheiro agradável de comida gostosa despertando-me a vontade de saborear aquela deliciosa iguaria caseira preparada com o melhor tempero.

Nesse ambiente ela e alguns membros de sua família tiveram a oportunidade de relatar a experiência vivida por eles durante o período de afastamento do seu trabalho por motivo de doença. Essa história começa em setembro de 2008.

Conta que um dia, durante um plantão rotineiro, por volta da meia noite foi atender uma paciente da unidade que se encontrava deitada no chão. Inicialmente abordou-a com um pedido para que se levantasse daquele local e fosse para sua cama. Como não obteve uma resposta chamou uma colega e pediu ajuda para levantá-la. Quando sustentou o peso da doente sentiu uma forte dor no ombro direito. Com um forte gemido expressou a dor e a extensão da lesão que sofrera. Para a sua maior surpresa, a paciente que passou o dia daquela forma levantou-se sozinha e por incrível que pareça ainda lhe ofereceu uma massagem para aliviar. Diz que ficou muito triste porque naquela noite saiu para trabalhar, "*numa boa e muito satisfeita*" e não voltou mais.

Procurou atendimento médico que diagnosticou "lesão no ombro". A partir daí segue um ritual de visitas aos serviços de fisioterapia e perícia médica. Como não obteve melhora com o tratamento conservador, foi-lhe indicada uma cirurgia para corrigir o problema. Por este motivo está afastada em consequência de acidente de trabalho desde setembro de 2008. Incapacitada por falta de movimento do braço e impossibilitada para fazer o autocuidado e as tarefas habituais, cursa nos próximos meses de recuperação com alto grau de dependência dos filhos.

MODO DE AGIR E ESTRATÉGIAS

Antes do acidente era uma "*pessoa ativa, fazia tudo e era a única em casa para tudo*". Exigia que as coisas ficassem no lugar, arrumadas e bem "*limpinhas*". Gostava de passear e de dançar. Era dinâmica, vendia sapatos e "*colchões de infravermelho*" para complementar a renda familiar. Gostava

de escrever e eventualmente fazia "*algumas poesias nos seus cadernos, que no fim de ano ia pro lixo*". Agora, acidentada e com limitação de movimento do braço esquerdo sua rotina passa por mudança radical, que interferirá na forma de agir e viver.

No início, era um sufoco. Logo após ter sido submetida à cirurgia do ombro ficou impossibilitada para fazer as tarefas domésticas. Dependia dos filhos para tomar banho, fazer comida e outros serviços. À noite, na hora de dormir era um pesadelo, não conseguia achar uma posição confortável. Acordava chorando e chegou a pensar que estava deprimida. Sofria o tempo todo porque já não era uma pessoa que dava as ordens e fazia as coisas ao seu jeito.

Para superar o que estava sentindo, em uma noite de insônia resolveu pegar um caderno e começou a escrever. Com o braço direito saudável rabiscava no papel alguns versos. Dizia com certo orgulho: "*Toda vez que eu acordava procurava o caderno embaixo da (cama)... Estava gostando. Quando foi, eu fui, tava indo... formei muitas poesias... Fui mostrando pro um amigo. Ele,*(diz) *é aqui dá uma música. Já consegui fazer uma "musiquinha". E eu nunca mais parei".* Explica que a decisão de fazer música foi boa para o seu lado emocional.

Chegou a envolver os filhos no seu projeto musical. Entusiasmada, fez um teste numa gravadora e com o passar de tempo se dedicou de forma compulsiva as suas composições. Passou a viver diariamente enclausurada no seu quarto e não fazia outra coisa. Quando saia era para falar com membros da família sobre as músicas. Esse comportamento começou a incomodar os filhos e passou ser motivo de briga.

CONVIVÊNCIA

Não obstante, sempre manteve uma boa convivência com os filhos exceto por algumas rusgas com o mais velho. Descreve o jeito de ser de cada um e o modo como eles se comportam em casa, o quê ajuda a entender o papel desses atores no processo de adoecimento e de estar em casa com incapacidade para o trabalho. Começa falando de Dado que é o mais prestativo. Comenta da disposição que ele teve nesta fase para ajudar a mãe, quando chegou a fazer um curso de culinária para cozinhar para a genitora. É diligente ao ponto de ter que sacrificar parte da sua jornada diária fazendo as coisas apressadas para ter tempo de retornar para casa. Quando estava mais dependente, logo após a cirurgia do braço foi ele quem ajudou a dar banho, trocar roupas e a fazer os curativos.

A participação de Isabel na divisão das tarefas era muito frequente até o momento em que arranjou um emprego no setor de lavanderia de um shopping no centro da cidade, e agora trabalhando fora não pode mais ajudar. O mesmo não se pode dizer do primogênito Martin, que é uma pessoa exigente e o que menos colabora. Até para levar pro médico fica questionando a sua participação. Sobre isso, lembra com uma voz embargada a forma como o filho age: "*Ou mãe, mas toda hora a*

senhora tem médico. Mas meu filho o que eu posso fazer se estou doente. Né? Tem que ir pra médico mesmo. Não tem jeito".

Comenta que a convivência com o filho mais velho foi sempre difícil e que piorou com a sua presença diária em casa. Acha que tem ciúme do outro irmão e está sempre reclamando da forma como ela lhe trata. Quando está compondo música chama-o para dar uma opinião sobre o seu trabalho e este responde agressivamente: "*mãe a senhora enjoa*". Ás vezes quer cantar na sala e ele "*vá para o quarto mãe que eu estou assistindo televisão aqui"*.

Este é um tipo de comportamento que lhe aborrece e é visto da mesma maneira por todos em casa. Segundo Dado: "*Então, o quê que ele pensa que na casa, na casa dela que ela não pode cantar, fazer as coisas que ela quer. Então ela vai fazer aonde? Eu acho que ela pensa assim... É por isso que ela se estressa mais. Eu acho que ela se estressa mais um pouco é por causa do meu irmão. Que meu irmão gosta de perturbar e às vezes ela pede alguma coisa pra meu irmão e ele não quer fazer. Aí eu acho que ela mais tempo em casa ela está se estressando mais um pouco do que antes dessa doença que ela teve aí...".*

A FORMA DE GERENCIAR

Para superar tudo isso passou a ter uma atitude combativa em relação ao posicionamento do filho. Descreve como tem reagido para manter-se de pé, construindo sua nova identidade. Lembra do tempo quando tinha marido, que tomava decisão sem lhe pedir opinião. Porque desde essa época pensava que se ficasse dependente dele a sua vida não andava. Hoje viúva sabe atuar com maestria quando tem que gerenciar as coisas em casa. Acha-se uma mulher guerreira de passar por cima do sofrimento. Não está mais triste. *"já varri casa sentindo dor. Já fui pra festa sentindo dor. Já chorei no salão, mas ali batalhando... É bom cantar* (pausa) *parece que abre mais assim os horizontes. E agora o choro acabou. Eu estou bem. Meu braço está melhorando. Já consigo fazer algumas* (coisas) *que não dava*".

A ECONOMIA DE PERDAS E GANHOS

Com a perda financeira em consequência da impossibilidade de fazer trabalho extra, como a venda de sapatos e colchões foi obrigada a mobilizar dinheiro de sua poupança. Para administrar sua economia fragilizada conversa com os filhos, dizendo a eles que não está mais trabalhando, que está doente e de repouso e o dinheiro que tem é para pagar a faculdade do primogênito e as despesas rotineiras de casa.

Ivete não teve apenas perdas financeiras com sua doença. Perdeu também o seu trabalho no sentido de ser produtiva. "*Fiquei muito triste porque* (quase chorando com voz embargada) *você vai*

trabalhar né numa boa e (pausa) *naquela noite fui satisfeita. Não voltei mais pra trabalhar. Foi muito triste. Eu chorei muito... Parecendo que foi jogada, empurrada. Não serve mais pra trabalhar. Eu me senti inútil* (pausa) *principalmente quando eu estava na tipóia* (voz embargada) *nem pegar nada pra comer. Nem abrir a geladeira. Nem nada".*

Os filhos também tiveram perdas com a mãe doente. Agora limitada não pode fazer as tarefas domésticas e cada um que se vire por conta própria, "*não vão achar muita coisa na mão*". Estes passaram a mudar suas rotinas para contemplar as necessidades de casa. Um fato curioso descrito pelo filho mais velho ao ser perguntado o quê perdeu com a doença da mãe, respondeu prontamente que ficou sem a posse da cama da genitora que usufruía durante as noites que ela ia para o trabalho.

NEGOCIAÇÕES PARA O RETORNO AO TRABALHO

Por outro lado, diz que a sua doença abriu caminho para uma nova profissão. A partir do momento que começou a fazer composição se transformou em uma "*compositora*". Ganhou muito com sua nova atividade, apesar de não ter ainda faturado dinheiro. Sente-se vitoriosa e esperançosa. Do seu antigo trabalho não tem boas lembrança. Por isso não gostaria de voltar a trabalhar: "*Sonha de vez em quando com um paciente pegando seu braço e virando".* Quando pensa em voltar a trabalhar fica triste: "*porque eu não quero trabalhar mais em enfermaria nenhuma* (pausa)... *Pra voltar... Pra mim meu braço não presta mais* (voz embargada) *já vai acabar. Não quero mais voltar*".

Era uma trabalhadora que gostava do que fazia no hospital. Porque adorava seu trabalho "*se sentia cega*" e não percebia o quê estava acontecendo com ela. Só que ultimamente as coisas já não vinham tão bem assim. Após um turno de trabalho chegava a sua casa cansada, com dores de cabeça e muito nervosa. Não conseguia dormir. Ainda por cima tinha que fazer a segunda jornada de trabalho: "*era muita coisa pra fazer, trabalho pesado porque era a única para tudo, faxina, roupa, comida...*" Segundo Dado, ela está preocupada e com dúvida sobre o seu retorno ao trabalho e fica pensando se ela não puder voltar a trabalhar na mesma profissão como vai ficar sua vida. "*Ela quer estar lá no hospital. O motivo dela é que ela gosta do hospital. Já percebi isso. Então, ela quer tá presente com as colegas do hospital com quem ela sempre teve há anos na vida dela né? Então, é pelo motivo dela, acho que ela quer voltar a trabalhar por causa do hospital, as colegas. Mas, não sei se na mesma área por causa do, do desse motivo que ela teve né? Do braço*".

Está perto de se aposentar. Aos 54 anos pensa em parar de trabalhar para cuidar da sua saúde. Sabe que perde com a aposentadoria sem cumprir o tempo de serviço completo, que lhe dá direito a receber os seus salários integrais. Diz que entre escolher perder renda e perder saúde prefere o segundo porque se acha muito debilitada. "*Os filhos estão criados. Então, eles que vão ter que trabalhar enquanto eu vou aposentar e fazer música*".

O CASO DA FAMÍLIA DE VITÓRIA

Vitória, 50 anos trabalha em uma unidade administrativa da universidade. A sua família é constituída por dois filhos (um de 25 anos e outro de 22 anos) desempregados, morando no mesmo teto da casa da mãe; uma filha (27 anos), que aparece de vez em quando porque mora longe e a filha mais velha (28 anos), que reside bem perto e está o tempo todo ajudando a genitora.

Teve um casamento desgastante com o pai dos seus filhos resultando em um divórcio conflituoso porque não teve ajuda do cônjuge, nem financeira e nem emocional para criar os rebentos. Após a separação encontrava-se desempregada e passou muita privação, mas graças à ajuda que obteve dos parentes conseguiu amenizar os seus problemas. Com tantas dificuldades não se entregou e em 1990 submeteu-se a um concurso público e logrou êxito, com aprovação para trabalhar na universidade. Daquela época até o presente transitou em várias funções até manter-se na atividade que ocupa atualmente no setor administrativo.

Nesse emprego conheceu um colega, que mais tarde se tornaria seu companheiro e que transformaria toda a sua vida. Com ele voltou a ser uma mulher alegre e feliz. Ajudou a criar "*os meninos".* Ele sonhava ter um filho com ela, mas por conta da laqueadura de trompas não foi possível. Chegou a construir uma casa com o auxílio dele. Era quem pagava as contas e mantinha a situação financeira da família organizada. Sentia-o como o seu braço direito e segundo a filha mais velha era "*um exemplo de homem*".

Em abril deste ano, sua vida mudou de um sonho para um pesadelo quando aconteceu o falecimento do seu companheiro, que chama carinhosamente de Dedé. Disse-me que ele escondeu os problemas cardíacos para protegê-la porque ele pressentia a falta de seu preparo para enfrentar este infortúnio. Ficou muito abalada com a sua morte.

O ADOECIMENTO

Os dias seguintes ao falecimento foram de muita angústia e dor. A lembrança dos momentos que viveram juntos era muito forte e por isso não conseguia ficar em sua residência. Foi passar um tempo na casa da mãe para curtir o luto. Diz que quando estava na casa, onde viveram juntos por vários anos sentia fortes dores de cabeça e não ficava bem. Até que num fim de semana, precisamente

no sábado, *"deitou no sofá, se cobriu toda e não teve mais reação pra nada. Começou aquela angústia, o coração palpitando e agonia na cabeça"* A partir daí ficou mais deprimida, só queria estar deitada na cama e não voltou mais ao seu trabalho.

Tem um histórico ocupacional de alguns afastamentos do trabalho devido à *"doença na coluna e LER*", mas por curtos períodos. Agora não sabe como vai superar porque atribui seu adoecimento atual a um conjunto de fatores que contribuiu para fragilizar a sua saúde. Cita que o mais importante deles foi a perda inesperada do seu companheiro de vida. Este fato teve um peso decisivo no desencadeamento de sua doença. Conta do episódio do falecimento, que aconteceu de forma inesperada e que lhe deixou na pior. O outro motivo, que diz ser tão importante quanto o primeiro vem da vivência conflituosa com o filho usuário e traficante de droga.

Por causa de tudo que aconteceu resolveu alugar uma casa, em outro lugar e mudar-se da residência de sua propriedade. Escolheu morar em uma rua mais próxima da sua mãe, irmãs e da filha mais velha. Optou também por um local distante do anterior, para afastar o filho dos parceiros da droga e para atenuar o sofrimento com a lembrança de Dedé. A casa está localizada, num ambiente silencioso e tranquilo onde não se ouve o barulho dos carros que lhes incomoda. *"A proprietária é sua conhecida há tempo, mora na frente e não se incomoda com nada"*. Tem dois quartos, uma sala ampla, um banheiro, copa, cozinha e área de serviço.

O MODO DE AGIR E ESTRATÉGIAS

Antes da doença era uma pessoa que resolvia tudo. Mesmo na época em que esteve desempregada batalhava para dar o que comer para os filhos e filhas. Gostava de cozinhar e tinha uma vida social ativa incentivada pelo saudoso companheiro. Participava de festa, não perdia um carnaval. Aos domingos acordava sorrindo porque era o dia que tinha para ficar mais tempo com Dedé.

Agora está diferente, encontra-se deprimida, passa a maior parte do dia deitada e chorando. Aborrece-se com facilidade. Ás vezes amanhece *"nervosa"* e muito estressada. Segundo a filha mais velha *"Tem dias que levanta bem. Tem dia que chora. Tem dia que levanta mal"*. Fica zonza por causa dos remédios. Aí deixa o efeito passar e arrisca fazer alguma coisa para não deixar a filha sobrecarregada. Devido ao seu estado de depressão raramente se dirige à cozinha para preparar as refeições.

A CONVIVÊNCIA

Nesta fase de adoecimento convive diuturnamente com seus dois filhos. O caçula não trabalha e ultimamente vem com um quadro de atrofia nas pernas secundário a doença que até o momento não se tem um diagnóstico. Essa situação lhe causa muita preocupação porque não procura se cuidar e

mesmo sendo cobrado pela mãe, para que vá a um médico não comparece às consultas agendadas. Martin, 25 anos, o mais velho dos homens diz que é "*muito problemático*".

Vitória fala da sua relação conflituosa com este filho, que se acentuou nos últimos meses após o falecimento do seu companheiro. Encontra-se desempregado e não "fala direito" com a mãe. Na realidade, essa história começou alguns meses atrás, bem antes do seu adoecimento quando encontrou papelotes de maconha na sua casa. Diz que foi uma surpresa desagradável porque sempre teve muito cuidado com os filhos: "*tenho o hábito de olhar o comportamento deles, de cheirar as roupas*" e mantinha vigilância para vê-los livre das drogas.

Desconfiava do jeito como ele se comportava. Era muito agressivo, não ouvia os seus conselhos e nem obedecia às suas ordens e também não queria trabalhar. Quando encontrou os papelotes soube que filho era traficante além de ser usuário de droga. Tudo isso comoveu os membros de sua família e, em particular, afetou o seu lado emocional. Para gerenciar este problema chegou a propor levá-lo a um médico e mudou-se de endereço, para que ele ficasse longe das amizades que estimulavam o uso de drogas.

Acredita que ele deixou de fazer o tráfico porque foi ameaçado, mas continua como usuário. Não quis submeter-se a um tratamento médico e se comporta de uma forma que a mãe não sabe mais como ajudá-lo a resolver esse problema. Passa a noite fazendo farra e na manhã seguinte fica dormindo até o fim da tarde. Vitória diz que agora em casa vive esta experiência com muito estresse e é um fator de piora para sua doença. Preocupada com ele, tenta controlar o uso dos tranquilizantes para poder ficar acordada e esperar a hora que ele chega da rua: *"De dia dorme porque ele fica de noite na rua e isso me incomoda".*

Quando trabalhava tinha o hábito de ligar para saber como as coisas estavam em casa *"*porque eu sou pai e mãe". Como era natural, não sabia de tudo porque não presenciava o quê acontecia com o filho durante o dia naquele lugar. Agora em casa, segundo Camila: "ele em vez de melhorar piorou" mesmo sabendo da doença da mãe gosta de *"pirraçar e fica cantando alto".* Por este motivo Vitória fica nervosa e passa o dia *"falando de mais e reclamando de tudo".*

As filhas são casadas. Camila reside em um lugar próximo da sua casa. É a que sempre está ajudando. Vai quase diariamente à residência da genitora e é quem faz a maior parte das tarefas cotidianas. Trabalha no comércio, tem dois filhos menores e com a doença da mãe foi a que mais absorveu o impacto das mudanças observadas durante este período. Perguntado à filha mais velha sobre o quê alterou em sua vida com a doença da mãe respondeu: *"pra mim mudou porque estou fazendo tratamento psiquiátrico... Porque eu tomei o problema pra mim"*. Diz que só tinha a mãe pra tudo (o pai nunca ajudou) e que foi a base da sua vida. Além dessas coisas o seu casamento sofreu um pouco porque não tem mais vontade de sair.

A ECONOMIA DE PERDAS E GANHOS

Diante disso, diz que não ter ganhado com o adoecimento da mãe. Muito pelo contrário só teve perdas: "*Perdeu a felicidade dela que era tudo pra mim. A alegria, o sorriso...".* Da mesma forma, Vitória sente que só ganhou sofrimento, depressão e desavença com o filho. Ficou isolada e sem a convivência dos colegas da universidade. Gostava muito do trabalho que fazia e não abria mão da amizade daqueles que considera seus verdadeiros amigos.

Outra perda que também contabiliza neste período foi a redução do seu poder aquisitivo. Desde o falecimento do companheiro, quando deixou de receber ajuda financeira, não teve mais condição de cumprir o orçamento doméstico com as despesas do cotidiano. Está endividada, apesar de não ter sofrido redução do salário com a doença. Disse que se tivesse na ativa poderia receber algum dinheiro se antecipasse suas férias, ganharia um salário extra. Mas, como isso não é possível, agora ela fica dependente da ajuda das filhas, irmãs e dos filhos de Dedé, que de vez em quando colabora com alguma coisa.

NEGOCIAÇÕES PARA O RETORNO AO TRABALHO

Mesmo com todos os problemas acarretados pelo adoecimento não deixa de pensar no seu retorno ao trabalho. Quando se vê diante dos conflitos gerados com a sua presença em casa fala para os filhos, quase diariamente: *"antes eu tivesse trabalhando".* Toda vez que vai fazer uma consulta com seu psiquiatra sai de casa esperançosa. Comenta com a filha: "*Camila com fé em Deus o doutor vai me liberar pra trabalhar*". Todavia ao chegar em casa após a visita do seu médico fica deprimida porque ele não liberou.

A filha sempre comenta que seria melhor para a mãe estar trabalhando. Em casa *"a senhora se estressa mais. É o dia todo falando. Aí a senhora morre e fica todo mundo aí".* A mãe retruca: *"mas, o doutor não liberou. Querer voltar eu quero, mas não estou podendo é o que ele me diz".* Para Camila esse impasse é causado pelo medo que ela tem de voltar e reascender a lembrança do local do trabalho onde conheceu seu querido companheiro e que trabalharam muito tempo juntos.

O CASO DA FAMÍLIA DE CONCEIÇÃO

Conceição, 56 anos, viúva, trabalha no hospital da universidade desde 1983. Está solteira e convive atualmente com duas filhas (46 e 44 anos), dois filhos (45 e 40 anos) e dois netos (15 e 13

anos). Reside em um apartamento de 2 quartos, 01 sala, 01 banheiro, 01 cozinha, área de serviço, varanda e quintal de sua propriedade. O bairro onde está localizado o conjunto residencial é próximo ao centro da cidade, bem populoso e movimentado. É a principal responsável pela receita da família o que lhe dá uma posição de maior provedora, deixando os filhos praticamente dependentes do seu salário da universidade.

A história de Conceição começa em dezenove de julho de 2008 quando foi atormentada por um acidente no seu domicílio sofrendo rotura dos ligamentos do braço com indicação de cirurgia para correção do problema. Diz que teve muita dificuldade para conseguir assistência médica para tratar o seu problema ortopédico. No início, ela chegou a procurar um especialista do hospital onde trabalha para fazer o tratamento. Não obstante, mesmo sendo funcionária, ficou muito aborrecida porque não logrou ser operada neste local devida às condições de aparelhagem.

Para submeter-se ao procedimento cirúrgico fez um plano de saúde e esperou o tempo de carência para ter direito a assistência. Para expor a sua indignação lembrou o exemplo de um jogador de futebol que rompe um músculo e é logo assistido em um grande hospital e volta rápido ao trabalho porque envolve interesse financeiro e ela que é servidora do setor público não tem essa mesma regalia e nem alguém que se interesse para ajudá-la. "As portas estão sempre fechadas... *Agora eu demorando* (de voltar a trabalhar) *eu estou tirando dinheiro do Estado que me paga e eles não raciocinam isso"*. Os médicos têm boa vontade de atender, "*mas às vezes o plano demora, não quer, não tem hospital*". Afirma que existe um monte de coisa que retarda o retorno do funcionário ao trabalho.

Finalmente, depois de muita batalha, no dia doze de fevereiro do ano seguinte, ou seja, quase sete meses depois se submeteu à cirurgia do ombro. Durante o período de espera cursou com muita angústia porque sabia como resolver o problema, mas dependia das outras pessoas para ficar boa. Em relação a isso ficou muito preocupada e insegura quanto à possibilidade da sua recuperação e seu retorno ao trabalho porque gosta do que faz. Já superou outras experiências negativas com doença e dessa vez não será diferente.

O MODO DE AGIR E ESTRATÉGIAS

Antes do acidente era uma pessoa muito caseira, acordava antes das cinco da manhã e logo cedo, às sete da manhã antes de ir para o trabalho deixava o almoço pronto. Cozinhar é o seu passatempo preferido. Gosta de ordenar a rotina cotidiana doméstica. Até o mercado era sempre ela que fazia, não gosta de delegar essa obrigação a outros membros da família. Segundo sua filha Roberta, 46 anos *"ela nunca, não gosta de nada. Não gosta de nada, não tem amiga e nem gosta de ir à casa dos outros"*.

Com a doença viu-se obrigada a permanecer em casa, *"não podia ficar, viver só. Precisava sempre do auxilio de alguém"* e deixou de fazer algumas tarefas domésticas como cozinhar seus

pratos preferidos. Quase não ia mais à cozinha. No início, ocupava seu tempo perambulando de um lado para o outro entre os cômodos da casa ou reclamando das filhas. Ficou deprimida porque perdeu sua auto-estima. É muito vaidosa, gosta de pentear os cabelos e de se maquiar e com a limitação de movimento do braço tinha que pedir ajuda às filhas e elas não faziam o serviço direito.

Perguntado se a vida dos filhos e filhas mudou com a doença, respondeu *"eu acho que em parte algumas coisas mudaram".* Às vezes eles ou elas deixaram de cumprir suas rotinas para estar com ela. Ficavam preocupados e quando estavam fora ligavam procurando saber como ela estava, *"se está fazendo as coisas certas".* Um dos filhos, por exemplo, que aparece raramente na residência em alguns momentos deixou o trabalho para ficar com a mãe, quando as irmãs precisavam se ausentar de casa.

CONVIVÊNCIA

Conceição convive a maior parte do tempo com suas duas filhas e seus dois netos. Os filhos dormem raramente em casa. Das filhas, Roberta é a mais próxima e confidente. A outra filha, de nome Estela é quem em casa está sempre em conflito. O adoecimento acendeu mais ainda a fogueira da convivência calorosa e às vezes tumultuada pela disputa das fronteiras individuais entre as duas.

Roberta exerce a função de intermediadora da relação entre a mãe e Marta. É quem toma iniciativa para tudo. Na sua entrevista disse que "*é a única em casa que chega a verdade o quê tem de falar e a mãe ouve*". Durante o período que a genitora esteve incapacitada e com dificuldade para fazer os cuidados básicos de higiene, pentear cabelo, vestir roupa dependia muito delas para fazer as coisas.

Essa dependência da mãe, em consequência da doença não era vivida de forma pacífica. Segundo Roberta ela ficava muito nervosa com tudo porque não gostava da forma como eram dados os cuidados. Marta apesar de ser mais paciente sofreu muito nesta fase. Os dias, que podia ajudar a mãe eram de muito estresse porque qualquer coisa feita em desacordo com o padrão exigido por ela, como a forma de pentear o cabelo era o alvo das suas críticas.

Com o tempo, as brigas tornaram-se frequentes e chegou ao limite que esbravejava mandando todos procurar suas casas e que lhes deixassem em paz. Roberta acha que esse discurso tem outros motivos porque depois conheceu o namorado ela vem se comportando desse jeito. Por sinal, ele não apareceu durante a doença quando precisou de suporte e nem se quer visitou-a no hospital no pós-operatório. Pelo contrário desapareceu, "*inventou uma história*" e nunca mais apareceu. Ela ficou muito angustiada e nervosa com o desparecimento dele, mas acha que a doença foi uma desculpa para acabar o relacionamento.

A FORMA DE AGIR E GERENCIAR

A forma de gerenciar, neste momento de vida é entendida por Conceição pelo modo como buscou o tratamento, o esforço que ela fez para pagar o plano de saúde e a forma como trabalhou a mente com outras atividades. Tem consciência da importância do trabalho e gosta do que faz: "*Eu queria ficar boa pra eu ter uma vida saudável. Uma vida normal*".

Lutou muito para recuperar sua condição física. Conta do tratamento intensivo prescrito pala fisioterapia. Quando não podia ir ao serviço improvisava em casa: *"não fiquei sem fazer fisioterapia. Arranjei um cabo de vassoura* (risos) *e fazia de conta que estava lavando a parede para poder recuperar o movimento".*

A ECONOMIA DE PERDAS E GANHOS

A família de Conceição vem passando por dificuldade financeira devido à forma como lida com suas finanças, apesar do filho está ajudando a recompor as perdas com as dívidas que adquiriu ao longo do tempo. Segundo Roberta ela é uma pessoa perdulária. Sai comprando sem controle e não paga. Toma empréstimo e não consegue saldar as dívidas: *"a gente não tem como fazer controle. Os credores e financeira ligam. Liga um, liga outro. A gente fica desorientada e ela nem parece. Fica na dela".* A mãe afastada do trabalho perdeu algum valor do salário e a situação financeira se agravou.

Na visão de Conceição, a filha Roberta ganhou com a presença da mãe na residência. Neste período fez companhia a ela durante o tempo que ficou afastada do trabalho. Antes da doença, a mãe passava a maior parte do tempo em casa sozinha porque os outros moradores se ausentavam ou eles estavam na escola (os netos) ou estavam trabalhando (os filhos ou as filhas). Isto foi verdade até certa medida, mas ao contrário do que pensa a mãe, no entendimento de Roberta perdeu muito durante o período de doença, "*perdeu os projetos de sua vida. Queria voltar à ativa, fornecer pizza, montar uma empresa, mas abriu mão para cuidar dela".*

NEGOCIAÇÕES PARA O RETORNO AO TRABALHO

Com o passar do tempo apresentou melhora significativa dos movimentos do braço por isso consultou o serviço de saúde ocupacional para negociar o seu retorno ao trabalho. Numa dessas consultas, o médico lhe perguntou que tipo de trabalho podia fazer e ela respondeu: *"disse a ele, eu posso dizer o que não posso fazer agora o quê posso fazer eu não posso responder*". Com essa resposta entendia que era uma forma de facilitar as coisas aceitando o desafio de retornar mesmo com algum grau de incapacidade.

Na realidade, se sentia em condições de trabalhar e estava disposta a negociar uma oportunidade para mostrar sua situação atual laborativa. Por trás dessa intenção tem um aspecto que foi lembrado por Roberta que a mãe lutava para trabalhar porque precisava de dinheiro e queria ter a liberdade de sair de casa todo dia sem ter que dar maiores satisfações às filhas.

Quando participou da entrevista no serviço médico informou que já não estava mais de licença médica. Ao retornar para o hospital foi recepcionada com festa pelas colegas e vê isso como um carinho muito grande do pessoal que trabalha com ela, inclusive a sua coordenadora: *"A gente tem que festejar que Conceição voltou. Os médicos tudo feliz porque eu voltei".* Entretanto, retruca que não é por isso que vai ficar o tempo todo na universidade e que pretende trabalhar por mais um ano quando vai pedir sua aposentadoria.

ANEXO 3.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E PRÉ-ESCLARECIDO

Título da Pesquisa (Dissertação de mestrado): "O trabalhador-doente e sua família nos seus papéis como atores sociais no processo de retorno ao trabalho".

Nome do Pesquisador: Paulo Roberto Ferreira da Rocha (Médico).

Telefone contato: 71-3283-5801/3283-5800/71-88844152.

Instituição: Serviço Médico Universitário Rubens Brasil da Universidade Federal da Bahia.

Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia

Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho.

O (a) Sr. (Sra.) está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa que tem como finalidade compreender como o trabalhador-doente da Universidade Federal da Bahia afastado do trabalho por mais de três meses e sua família interagem cotidianamente facilitando ou dificultando o processo de retorno ao trabalho. Antes de decidir, é importante que entenda o porquê a pesquisa está sendo realizada e o que ela envolve. Por favor, dedique um tempo para ler cuidadosamente as informações seguintes e discutir isto com os seus familiares, amigos e seu médico. Se você desejar, pode levar esta folha para casa para pensar melhor. Pergunte-nos se houver qualquer coisa que não está clara ou se você precisar de mais informações. Utilize o tempo que for necessário para decidir se deseja participar do estudo.

Participantes da pesquisa: Servidores da UFBA afastado do trabalho por período superior a três meses por motivo de doença e sua família. Ao participar deste estudo o (a) Sr. (Sra.) permitirá que os pesquisador faça uma entrevista previamente semi-estruturada com perguntas referentes ao tema da pesquisa e grave o conteúdo em tempo real.

A Entrevista: será realizada por Paulo Roberto Ferreira da Rocha. Esta será gravada na sua totalidade, salvo restrição do próprio entrevistado. Será realizada no serviço médico da UFBA e/ou residência do servidor, com data previamente acertada através de convocação pelo serviço social. As questões poderão ser respondidas na sua totalidade ou, a depender da aceitação das perguntas, por parte do entrevistado (a). As falas serão gravadas e arquivadas e

o seu conteúdo servirá para apresentação da dissertação de mestrado do pesquisador. No local serão anotados em um diário de campo os dados do ambiente e da interação entre o pesquisador e pesquisado no momento da entrevista.

Confidencialidade: O pesquisado terá a garantia da não divulgação da sua identidade e que as informações obtidas serão usadas apenas com fins científico conforme objetivo da pesquisa.

Segurança aos participantes: A participação nesta pesquisa não traz implicações legais e não terá nenhum tipo de despesa para participar, bem como nada será pago por sua participação. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade. Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais e serão tratadas para fins exclusivamente acadêmicos.

Benefícios e Assistências: O Serviço Médico da Universidade Federal da Bahia pretender ampliar os cuidados dirigidos aos servidores doentes e sua família no processo de afastamento e retorno ao trabalho. Neste contexto, a equipe multidisciplinar encontra-se disponível para dar suporte a este grupo de pessoas nas suas necessidades.

O (a) Sr. (Sra.) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para o(a) Sr. (Sra.). Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone dos pesquisadores (71-3283-5801/3283-5800/71-88844152) do projeto e, se necessário através do telefone (71-32838043) do Comitê de Ética em Pesquisa.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa. Antes de assinar este documento, eu fui suficientemente informado (a) sobre o projeto de pesquisa: os objetivos, as entrevistas, os diários de campo, os inconvenientes, os benefícios, os perigos e os efeitos indesejáveis que podem ocorrer quando eu estiver participando da pesquisa. Eu sei que posso desistir da pesquisa a qualquer momento. Portanto, aceito participar voluntariamente da pesquisa, permitindo que os conteúdos das entrevistas e do diário de campo sejam utilizados para os devidos fins e também possam ser inspecionados por representantes da empresa que patrocina a pesquisa e por representantes do governo para conferir se o estudo está sendo realizado corretamente.

Salvador, de de 200

_____

Nome do (a) participante da pesquisa.

_____

Assinatura ou impressão digital do (a) pesquisado (a) ou do (a) representante legal.

_____

Nome do Pesquisador.

_____

Assinatura do pesquisador.

Anexo 4. Ofício do Comitê de Ética em Pesquisa

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/MCO/UFBA
MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
IORG0003460. Assurance FWA00002471, October 26, 2010
IRB00004123, October 5, 2007 - October 4, 2010

Rua Augusto Viana, s/nº, Canela – Hospital Universitário Professor Edgard Santos, 1.º andar.
Cep: 40.110-160 – Salvador-Bahia telefax.: (71) 3283-8043 e-mail: cepmco@ufba.br *homepage:* www.cepmco.ufba.br

PARECER/RESOLUÇÃO N.º 041/2009

Registro CEP. 043/09. (Este número, bem como o do Parecer acima devem ser citados nas correspondências referentes a este projeto).

Título do Projeto. "O Trabalhador-Doente e sua Família nos seus Papéis como Atores Sociais no Processo de Retorno ao Trabalho."

Patrocínio/Financiamento. Pesquisa a ser realizada com recursos próprios e orçamento com custos de R$ 7 414,50 compatíveis com o desenho da pesquisa.

Pesquisador Responsável. Paulo Roberto Ferreira da Rocha, Mestrando do Programa de Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia. **"Curriculum vitae"** apenso.

Instituição. Pesquisa a ser desenvolvida no Serviço médico Rubens Brasil (SMURB) da Universidade Federal da Bahia.

Área do Conhecimento. 4.00, Ciências da Saúde; 4.06, Saúde Coletiva; Nível: Não se aplica, N; Grupo III.

Objetivos. Compreender como o Trabalhador-doente da UFBA afastado do trabalho por mais de três meses e sua família interagem cotidianamente facilitando ou dificultando o processo de retorno ao trabalho.

Sumário. A pesquisa será ambientada no SMURB-UFBA envolvendo funcionários da universidade que no ano de 2007-2008 estiveram afastados do trabalho por motivo de doença, com período de evolução superior a 90 dias. Neste período foi constatado que 14,68 % dos funcionários afastados estiveram nessa situação. A coleta de dados será realizada através de entrevistas gravadas com o paciente, com a família e com o paciente e família, sendo registrados também em diários, as interações ambientais e familiares, com cronograma de coleta a serem realizadas durante cinco meses.
Critérios de inclusão: trabalhador-doente ser funcionário da UFBA e estar afastado do trabalho por mais de três meses por motivo de doença; e família do Trabalhador-doente sendo adotado o conceito de família pelos atores sociais dentro do seu mundo de significado no cotidiano doméstico. **Critérios de exclusão**: trabalhador-doente portador de doença considerada como responsável por incapacidade permanente e que estão aguardando o processo de aposentadoria por invalidez.

Análise de riscos: sem adição de riscos além daqueles que normalmente fazem parte do cotidiano da vida moderna num grande centro. **Retorno de benefícios para o sujeito e/ou para a comunidade:** O objetivo principal da compreensão da interação

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/MCO/UFBA
MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
IORG0003460. Assurance FWA00002471, October 26, 2010
IRB00004123, October 5, 2007 - October 4, 2010

Rua Augusto Viana, s/nº, Canela – Hospital Universitário Professor Edgard Santos, 1.º andar.
Cep: 40.110-160 – Salvador-Bahia telefax.: (71) 3283-8043 e-mail: cepmco@ufba.br *homepage:* www.cepmco.ufba.br

trabalhador-doente e família é complementado por objetivos secundários: **1)** descrever como o trabalhador-doente desempenha seu papel na relação com a doença; **2)** compreender as mudanças das relações familiares com a presença do doente: **3)** descrever a dinâmica familiar a partir do trabalhador-doente e as mudanças em seu papel social, e ainda, o tentar compreender as interações no ambiente do serviço de saúde durante o processo de reabilitação e compreender a dinâmica das perdas e ganhos no processo de afastamento do trabalho por motivo de doença. Essas ações poderão trazer benefícios com a melhoria da assistência ao trabalhador-doente, sua família, ao empregador, com possibilidades dessas conclusões obterem horizontes ampliados pela aplicação por órgãos governamentais de assistência ao trabalhador.

"Termo de Consentimento Livre e Pré-Esclarecido" (TCLPE) elaborado de forma simples e bem compreensível apesar de ser um tanto alongado, exigindo paciência do participante para efetuar a leitura completa e que poderá exigir também do pesquisador, de alguma dose adicional de convencimento. Aspectos como a confidencialidade e privacidade e participação voluntária estão muito bem definidos e esclarecidos.

Comentários. O projeto de pesquisa para elaboração de tese de mestrado encontra-se bem estruturado e obedece aos Critérios éticos para pesquisa em seres humanos conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. **Projeto aprovável.**

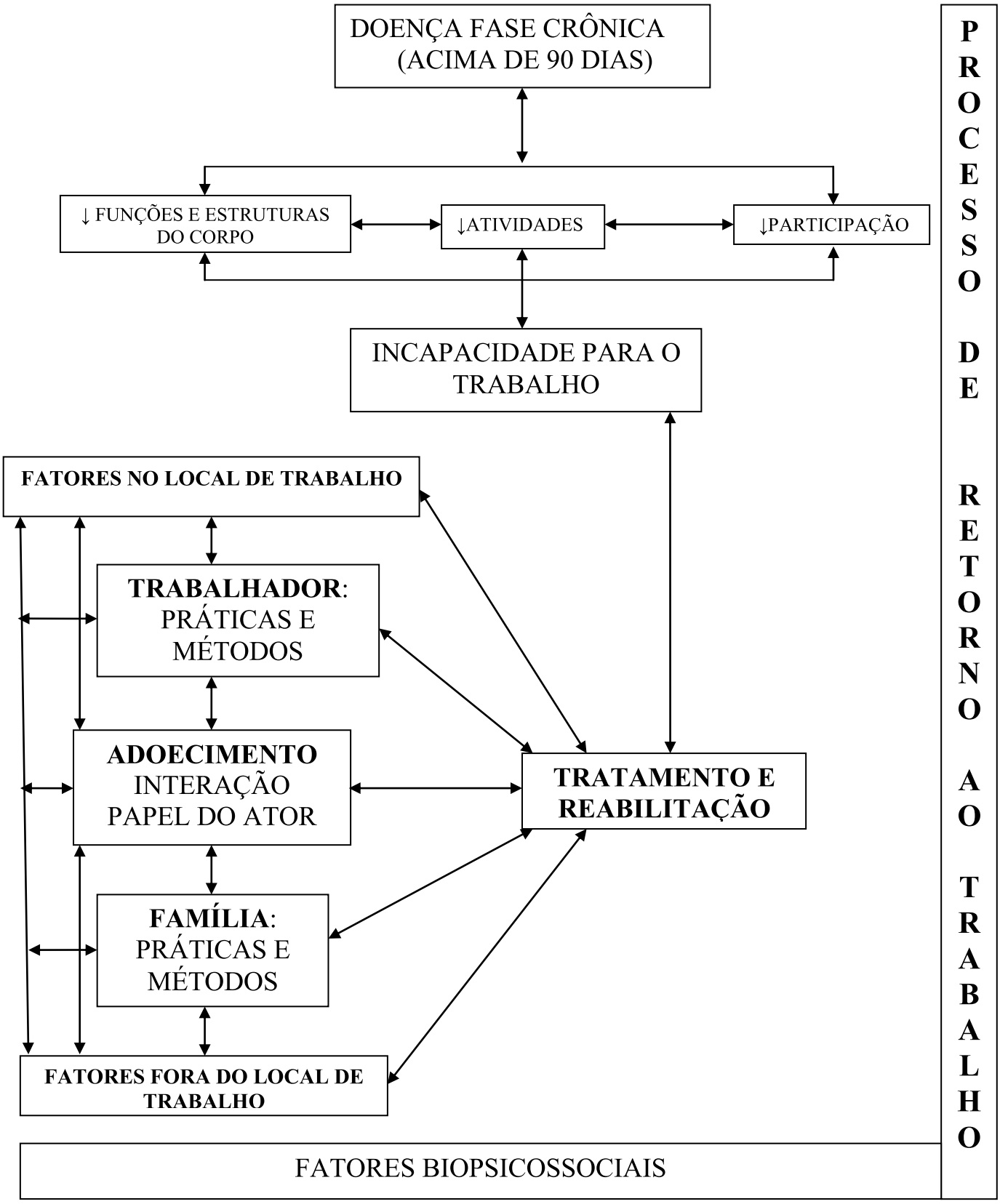
APROVADO

Salvador, 27 de Maio de 2009

Professor, Doutor, Antônio dos Santos Barata,
Coordenador – CEP/MCO/UFBA

Observações importantes. Toda a documentação anexa ao Protocolo proposto e rubricada pelo (a) Pesquisador (a), arquivada neste CEP, e também a outra devolvida com a rubrica da Secretária deste (a) ao (à) mesmo (a), faz parte intrínseca deste Parecer/Resolução e nas "Recomendações Adicionais" apensas, **bem como a impostergável entrega de relatórios parciais e final como consta nesta liberação,** (Modelo de Redação para Relatório de Pesquisa, anexo).

ANEXO 5. **MODELO CONCEITUAL**



Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo