

**TRABALHADOR-DOENTE E SUA FAMÍLIA: DINÂMICA, CONVIVÊNCIA E PROCESSO DE
RETORNO AO TRABALHO**

Paulo Roberto Ferreira da Rocha^a

Mônica Angelim Gomes de Lima^b

Resumo

Diversos fatores biopsicossociais contribuem para o absenteísmo prolongado, dentre estes as dinâmicas que acontecem na interação do cotidiano familiar. Sabe-se que a família tem um papel destacado no processo de reabilitação do trabalhador-doente. O objetivo deste estudo foi compreender as interações e práticas dos membros da família construídas na convivência com o servidor-doente da UFBA que contribuem ou dificultam a sua recuperação e seu retorno ao trabalho. Recorreu-se a uma abordagem etnográfica com elementos da etnometodologia, envolvendo seis famílias de servidores afastados do trabalho por mais de três meses. Utilizaram-se entrevistas em profundidade e diário de campo. O material empírico foi analisado buscando reconhecer as ações práticas construídas no processo de adoecimento, afastamento do trabalho e convivência na família, dando-se particular atenção às falas sobre os cenários de interação no cotidiano. Os achados mostram que, durante o período de absenteísmo, as famílias sofreram reestruturação e mudanças nos seus papéis sociais e que a forma de agir e gerenciar, bem como o modo como os membros compartilham o cotidiano tiveram que ser revistos. Os métodos que utilizam para dar suporte e se manterem coesos, a habilidade de resolver problemas, como a economia das perdas e ganhos, foram recursos mobilizados para atenuar as consequências do adoecimento.

Palavras-chave: Doença crônica. Trabalho. Apoio a reabilitação. Família. Reabilitação.

^a Mestre em Saúde, Ambiente e Trabalho. Médico Perito e Cardiologista do Serviço Médico Universitário Rubens Brasil (SMURB), Universidade Federal da Bahia (UFBA).

^b Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), Universidade Federal da Bahia (UFBA). Doutora em Saúde Pública.

Endereço para correspondência: Av. Reitor Miguel Calmon 1.210, sala 307, Vale do Canela, Salvador, Bahia, Brasil. CEP: 40110.100. paurocha@ufba.br

THE SICK WORKER AND HIS FAMILY: DYNAMICS, RELATIONSHIP AND RETURN TO WORK PROCESS

Abstract

Several biopsychosocial factors contribute to prolonged absenteeism, among them the dynamics that occur in the interaction of family life. It is known that the family has a prominent role in the rehabilitation process of the sick worker. Aiming to understand the interactions and practices of family members living with the UFBA sick worker, which contribute or hinder their recovery, conducted a study with an ethnographic approach and elements of ethnomethodology, involving six families of servers out of work for more than three months. We used semi-structured interviews and field journal. The empirical data were analyzed with a targeted look at the broad understanding of the practical actions built into the process of illness, absence from work and life in the family, giving particular attention to the speeches on the interaction scenarios in everyday life. The findings show that during the period of absenteeism families experienced restructuring and that changes in their social roles and how to act, manage, and how members share the daily life had to be revised. The methods they use to support and remain cohesive, the ability to solve problems such as economic gains and losses were responsible for mitigating the consequences of illness.

Key words: Chronic disease. Work. Support for rehabilitation. Family. Rehabilitation.

TRABAJADOR-ENFERMO Y SU FAMILIA: DINÁMICA, CONVIVENCIA Y PROCESO DE REGRESO AL TRABAJO

Resumen

Varios factores bio-psicosociales contribuyen al absentismo prolongado, entre éstos, las dinámicas que se producen en la interacción de la vida familiar. Se sabe que la familia tiene un papel destacado en el proceso de rehabilitación del trabajador enfermo. El objetivo de este estudio fue comprender las interacciones y las prácticas de los miembros de las familias para hacer frente a un trabajador enfermo de la UFBA, que contribuyen o dificultan su recuperación y su regreso al trabajo. Se recurrió a un abordaje etnográfico con elementos de Etnometodología, involucrando a seis familias de trabajadores alejados del trabajo durante más de tres meses. Se utilizaron entrevistas semiestructuradas y diario de campo. Los datos empíricos fueron analizados procurando reconocer las acciones prácticas construidas en el proceso de enfermar, alejamiento del trabajo y la convivencia en la familia, prestando especial atención a los discursos sobre los escenarios de interacción en la

vida cotidiana. Los resultados muestran que durante el período de ausentismo, las familias sufrieron reestructuración y mudanzas en sus roles sociales y que la forma de actuar y administrar, así como el modo en que los miembros comparten la vida diaria tuvieron que ser revisados. Los métodos que utilizan para apoyar y seguir estando unidos, la capacidad de resolver problemas como la economía de las ganancias y las pérdidas fueron los recursos responsables de atenuar las consecuencias de la enfermedad.

Palabras-clave: Enfermedad crónica. Trabajo. Apoyo a la rehabilitación. Familia. Rehabilitación.

INTRODUÇÃO

O adoecimento crônico de trabalhadores, relacionado ou não ao trabalho, está frequentemente associado a sérias limitações nas atividades da vida diária em geral e à incapacidade^c para o trabalho, além de estar susceptível a aposentadoria precoce. Esta condição clínica, frequente nas sociedades contemporâneas, gera sofrimento, reduz a autonomia do trabalhador e limita o seu papel social. O significado da doença, subjetiva e intersubjetivamente construído, modela a forma de o trabalhador-doente lidar com esse fenômeno, assim como define sua relação com os serviços de saúde, a aderência ao tratamento, o curso da enfermidade e até mesmo o tempo de afastamento do trabalho.^{1,2}

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 esses influenciará no processo de adoecimento e na permanência no estado provocado pela doença. Este debate tem se orientado para 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 desenvolve-se.³

Para entender a contribuição do ambiente social na cronicidade da doença, entre as oscilações dos sintomas e incapacidade, deve-se ser capaz de ver o doente envolto numa rede de interações que constitui o mundo da vida cotidiana.^d Entre essas, são relevantes as que acontecem com os serviços de saúde e os sistemas sociais, como, por exemplo, as que advêm da convivência no ambiente da família que interferem na transição do estado de incapacidade para o estado social normal.⁵

^c A incapacidade é definida pela *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)* como produto da interação entre a *disfunção* apresentada pelo indivíduo (*funções e estruturas do corpo*), *limitação das atividades* e *restrição na participação social*, bem como *fatores ambientais*.⁴

^d O mundo da vida, às vezes chamado de mundo da vida cotidiana, refere-se ao mundo experiencial de cada pessoa em atitude natural.⁶

O trabalhador-doente, incapacitado e afastado do trabalho procura abrigo no ambiente da família, onde tem que representar o seu novo papel, o de doente, que nem sempre será compreendido. Durante a convivência cotidiana, observa-se mudança na função e estrutura da família, exigindo dos seus membros um esforço para lidar com as novas demandas que surgem após o adoecimento.⁶

As transformações contemporâneas observadas na família, derivadas das relações de gênero e inserção intensiva da mulher no mercado de trabalho, entre outras, também influenciam no modelo explicativo de saúde-doença que compreende um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e práticas que guiam as ações, gerenciamento e promoção da saúde.⁷

Por sua parte, a família tem uma estrutura organizacional própria para administrar essas demandas mediante a construção de certos padrões representados pela divisão de responsabilidades, hierarquias e delimitação de fronteiras. Nas inter-relações que se estabelecem em seu interior, mesmo mantendo a individualidade, os seus membros compartilham sentimentos e valores, formando vínculos de interesse, solidariedade e reciprocidade. Nesse sentido, buscam e mediam esforços para atenuar ou resolver o impacto do adoecimento, tolerando situações de alto estresse em razão da troca dos papéis para dar suporte ao doente.^{6,8}

O estudo da família, numa abordagem etnográfica com elementos da etnometodologia, deve ser feito pela análise cuidadosa da linguagem em interação ou do discurso construído no contexto sócio-histórico no ambiente familiar. Dessa forma, busca-se 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 doença, perdas e crises.^{6,10}

Algumas pesquisas têm destacado a importância da família na recuperação do trabalhador-doente.^{8,11-14} Em estudo exploratório realizado no Serviço Médico Universitário Rubens Brasil (SMURB),^e com servidores da Universidade Federal da Bahia (UFBA), observamos que, de 865 doentes, 127 (14,7%) apresentaram afastamento do trabalho superior a três meses, com predomínio do sexo feminino (71,6%). Nas avaliações de prontuários, encontramos que as interações no cotidiano familiar foram citadas como um dos responsáveis pelo tempo de absenteísmo. No atual estudo, buscamos compreender como as dinâmicas construídas no cotidiano familiar interferem no processo de adoecimento, afastamento e retorno ao trabalho dos trabalhadores-doentes da Universidade Federal da Bahia (UFBA) afastados por mais de três meses.

^e Estudo realizado no SMURB por Rocha PRF (dados não publicados).

METODOLOGIA

Esta pesquisa utiliza abordagem etnográfica com elementos da etnometodologia, que explora os modos pelos quais os atores sociais coletivamente criam e mantêm um senso de ordem e inteligibilidade da vida social cotidiana no ambiente da família.¹⁵ Um dos seus pressupostos centrais é a concepção de que os fatos e as organizações sociais são construções e realizações contínuas e seu estudo abarca os inúmeros tipos de atividades, circunstâncias e raciocínios, bem como a ordem social construída.^{10,16}

Por se tratar de um estudo exploratório, numa perspectiva construcionista, a definição dos sujeitos de pesquisa envolvidos respeitou a saturação dos temas e categorias pela repetição. Esta abordagem permite a obtenção de informações em profundidade dos sujeitos dentro do contexto da pesquisa.

O grupo estudado (11 servidores) originou-se de uma amostra de conveniência dos servidores da UFBA, atendidos no SMURB de 2007 a 2009, afastados do trabalho (>3 meses) por doença e que não estavam aguardando aposentadoria por invalidez. Destes, 5 servidores foram excluídos, por causa da perda da gravação e dificuldade de realizar as entrevistas com os familiares. As seis famílias participantes (6 servidores e um ou mais membros da família) foram consideradas de acordo com o conceito dado pelos servidores, dentro do seu mundo de significado no contexto do cotidiano doméstico. Os casos estão representados por 14 sujeitos, sendo 11 do sexo feminino. Esta pesquisa tem registro número CEP. 043/09 no Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira.

Os entrevistados foram convocados por telefone, pelo serviço social ou mediante contato pessoal, quando estavam na “sala de espera” do serviço médico. Apesar de os servidores serem atendidos na instituição, em nenhum dos casos, o pesquisador-entrevistador foi o responsável pelo seu acompanhamento. As entrevistas semiestruturadas foram realizadas no SMURB e nas residências, de forma aberta e ativa, permitindo-se estender além das questões pré-definidas.¹⁷

As entrevistas foram gravadas e o seu conteúdo 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-se particular atenção às falas sobre os cenários de interação no cotidiano. Algumas categorias foram criadas indutivamente, assim como o modo lógico de agrupamento ou organização dessas micropráticas. Analisamos as diferentes formas como esses tópicos emergiram dos dados, que ideias e representações agrupam e quais associações e significados produzem.^{17,18}

RESULTADOS

As causas de afastamento foram: doença ortopédica, cujos sintomas e incapacidade apareceram de forma insidiosa durante a jornada de trabalho (Beatriz, 49 anos; Conceição, 56 anos e Julia, 48 anos); acidente de trabalho (Ivete, 54 anos); neoplasia (Artur, 63 anos) e depressão (Vitória, 50 anos).

Os achados mostram que, durante o processo de adoecimento do servidor e o afastamento do trabalho, as famílias sofreram mudanças na sua função e estrutura. Nesse contexto, os processos de interação, como a forma de agir, gerenciar e o modo de compartilhar o cotidiano tiveram que ser revistos por seus membros. Os métodos de suporte interpessoal e a habilidade de resolver problemas, assim como o balanço entre as perdas e os ganhos foram responsáveis por atenuar ou agravar as consequências do adoecimento e serviram de referência para se entender o papel desses atores sociais envolvidos no processo de adoecimento e recuperação para o trabalho.

O ADOECIMENTO: “Foi muito triste... Eu me senti inútil [...]”

As descrições sobre a experiência da doença mostram as condições que deram início aos sintomas e às mudanças da trajetória vivida durante o período de afastamento do trabalho. O adoecimento foi capaz de construir nesses servidores uma nova identidade, chamada aqui de “pessoa doente” em referência à noção de *sick role*^f e, com base nesse novo significado, representar o seu papel no cenário atual do cotidiano familiar.

A servidora Ivete, que sofreu um acidente de trabalho durante um plantão, descreve como permaneceu por vários meses com perda da autonomia: “Peguei-a [a paciente] no chão; eu senti a dor, dei aquele gemido tá [...] Fiquei muito triste [chorando] porque você vai trabalhar numa boa e [...] não voltei mais pra trabalhar [...] Eu me senti inútil [...]”

Reclama também que seu tratamento restringiu-se à correção do problema ortopédico e não teve apoio da instituição para lidar com o seu lado emocional. A vida transformou-se; ficou depressiva, dependente dos familiares e manteve-se incapacitada para fazer suas atividades básicas. Apesar de estar se recuperando, não tem intenção de voltar ao trabalho, porque ficou muito traumatizada, ressentida com a instituição e com o evento ocorrido.

^f Parsons foi um dos primeiros a chamar atenção sobre a legitimação do papel do indivíduo no processo de adoecer. A sociedade concede ao indivíduo doente direitos e privilégios, como dispensa do trabalho e outras obrigações sociais, mas o condiciona ao dever de cooperar durante o tratamento até a recuperação, assim que possível.¹⁹

Duas servidoras citaram que os fatores da organização do trabalho, 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 pelo adoecimento. Julia descreve a dificuldade de executar as tarefas diante da precariedade das condições de trabalho: “A noite era um profissional de saúde [...] Sabe lá o que é escrever 90 a 100 prontuários numa noite...”

Julia tentou dialogar com o(a) supervisor(a), mostrando sua dificuldade para fazer as tarefas, mas não encontrou apoio. Nesse caso, há um conflito de interesse entre as partes envolvidas; se, por um lado, o servidor busca adequar a sua condição física à tarefa prescrita, por outro lado, o representante da instituição não aceita, porque tem de fazer cumprir as necessidades do serviço. Uma forma de supervisão rígida não permite ao trabalhador desenvolver estratégia para minimizar as cargas diárias de trabalho e se proteger dos danos à sua saúde.²⁰

Beatriz relata que o agravamento da doença foi em parte causado pelo comportamento gerencial: “A chefia era assim por demais [...] Era uma pessoa muito grossa... Que não respeitava o trabalho das pessoas, talvez por serem [pausa] né, está abaixo dela [...]” Este caso pode ser entendido como assédio moral, um tipo de conflito gerado na instituição, definido pela exposição do trabalhador a situações humilhantes, constrangedoras e repetidas durante a jornada de trabalho, que pode levar a dano físico e psíquico e é uma das causas de absenteísmo.²¹

O MODO DE AGIR E GERENCIAR: “Quando é possível todo mundo ajuda...”

Na medida em que os membros da família incorporam a doença do servidor(a) como uma realidade, por meio de modos habituais de convivência e formas peculiares de agir, ressignificam o papel a ser executado por cada um. Isto expressa a relação que um indivíduo tem em comum com o outro, assim como as formas de agir são construídas de acordo com a conveniência e os interesses particulares.²²

Um ponto comum existente entre os entrevistados foi a dificuldade para reinserir-se no grupo familiar a que sempre pertenceram. O estranhamento fez parte do processo de interpretação do quê está acontecendo na residência, de modo a proporcionar um senso de concretude e ordem para a vida cotidiana. Após retornar ao convívio e desfrutar a presença dos outros membros da família, sentiram-se excluídos e confrontados com as regras do próprio grupo. Dessa forma, enfrentaram o desafio de estar entre eles e, para manterem-se coesos, desenvolveram uma pluralidade de ações e negociações, que, no final, resultaram na construção desta nova identidade: “Eu acho que minha mãe em casa, não pelo

fato de ela estar doente né, e sim pelo fato de ela estar 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.” (Filho de Beatriz).

O modo de agir do servidor incapacitado mudou e interferiu na forma como os outros membros da família se ajustaram e construíram as práticas da vida cotidiana. Inicialmente, observamos um grau de desorganização. Como consequência, são obrigados a usar os seus métodos para assumir parte das tarefas que compete ao doente e que agora está sem condições de executá-las e, para benefício do grupo, surge o espaço de negociação. É nesta contingência que se (re)constrói o papel de cada um nesse processo. Vitória traz um exemplo dessa dinâmica: “Aí eu fico meio zozona do remédio. Aí deixo melhorar e faço alguma coisa, né? Pra não sobrecarregar muito minha filha.”

Essas mudanças de plano e responsabilidades na execução das tarefas domésticas são observadas em todas as situações. No caso de Ivete, os membros da família articularam-se em diferentes locais e contextos para cumprir a rotinização do trabalho. As ações práticas foram divididas para balancear as perdas com a doença. Nesse sentido, o grupo adotou a tática de alternar as tarefas que lhes cabiam e pôde lançar mão de ajuda recíproca para reduzir o trabalho diário, com o objetivo de não interferir nos seus projetos de vida: “Rapaz, todo mundo cuida um pouquinho [...], mas todo mundo ajuda [...] Quando é possível, todo mundo ajuda [...]” (Filho de Ivete).

A ressignificação da nova realidade doméstica serviu para motivar e redefinir o 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, a privacidade e o limite de suas fronteiras. Os vínculos frágeis do passado, motivados por uma convivência tumultuada, são, nesse momento, um fator adicional de estresse para o servidor doente e, por causa da perda da identidade, tem dificuldade para resolver esses conflitos: “Quando ela pede [a Jorge] as coisas [ele] demora pra fazer ou não faz. Aí ela fica mais estressada [...]” (Filho de Ivete).

Entra em jogo a habilidade da família em lidar com a ambiguidade das fronteiras e papéis individuais e a forma como se mantêm coesos: “Aí tem um irmão com problema na perna [...] Tem outro que dá um trabalho danado. Chega de madrugada e é uma preocupação. Aí ela se mudou pra uma casa perto de mim [...] Ela teve que sair da dela [...]” (Isabel, filha de Vitória). Isabel relata o grau de desestruturação sofrido, sinalizado pela mudança de endereço em curto espaço de tempo, troca de papéis e aumento do trabalho ao dividir as obrigações da sua casa com as que tinha de realizar na casa da genitora.

A ECONOMIA DAS PERDAS E GANHOS: “Estou passando mal, a parte financeira...”

Os participantes do estudo foram unânimes em afirmar que só tiveram perdas com a doença: deixaram de ter autonomia e autoestima, restringiram a vida social, perderam a estabilidade financeira e limitaram seus papéis familiares. As queixas de isolamento social e falta de motivação para sair de casa estiveram presentes em todas as entrevistas: “O *shopping* novo, ainda eu não conheço, apesar de fazer a infiltração ali perto [risos]” (Julia).

O que mais chamou a atenção foi o relato de perda financeira, presente em todos os casos, e que foi capaz de interferir na dinâmica da convivência na família. Os(as) servidores(as) Julia, Vitoria, Artur, Beatriz e Conceição relataram que estariam em melhores condições financeiras se estivessem de volta ao trabalho: “Estou passando mal, a parte financeira... Atualmente, fico dependente [financeiramente] [...]” (Artur).

O caso Artur foi o mais emblemático em relação às perdas financeiras. Até o adoecimento, tinha um estilo de vida típico de classe média alta, com renda vinda do trabalho na universidade e de uma empresa com um colega. Com o fim dessa sociedade, justamente no momento em que estava sem condições de buscar outras fontes de renda, ficou sem poder arcar com todas as despesas da família. Esta situação é citada como um importante fator de conflito com o genro, residente em sua casa, que lhe cobrava austeridade: “E não dependia dele. E hoje o problema que ele [genro] fala mais é para segurar os gastos, está entendendo?”

O PROCESSO DE RETORNO AO TRABALHO: “O que eu faço, eu gosto, não é? Inclusive, estou querendo retornar [...]”

Neste estudo, identificamos os principais fatores que interferiram no processo de recuperação para o trabalho, como os relacionados aos papéis do servidor e dos membros da família, as condições no ambiente de trabalho e a forma como foi atendido pela instituição. Os servidores citaram como ações positivas favoráveis à motivação em seguir o tratamento o reconhecimento de que o seu trabalho é importante para uma melhor condição de vida.

Conceição (afastada do trabalho por 376 dias) teve perdas financeiras, conflitos em casa e limitação da capacidade de fazer as coisas que gosta. Lembra que participou ativamente do tratamento, para ter condições de retornar ao trabalho o mais breve possível: “[...] fisioterapia intensiva. Tinha que fazer todos os dias. Inclusive em casa; eu fazia em casa, sábado, domingo.”

Observamos, no relato de alguns membros das famílias, a forma como agem e constroem ação positiva para facilitar o retorno ao trabalho. No caso de Beatriz, o filho decidiu ajudá-la, mudando o seu comportamento, que antes era de contestação e agora é apaziguador,

para reduzir o estresse: “Olhe, doutor, eu estou procurando [pausa] é, eu estou procurando [pausa] me comportar, né? De uma forma que a gente não entre em discussão [...]”

O mesmo não aconteceu com Vitória, que citou as interações no cotidiano da sua família, resultante da convivência conflituosa com o filho, usuário de droga, como responsáveis por dificultar o seu retorno ao trabalho.

DISCUSSÃO

Neste estudo, procuramos identificar as implicações da doença do trabalhador no ambiente da família, as consequências sociais e econômicas para descrever os papéis dos seus membros em relação ao processo de adoecimento e de recuperação da capacidade laborativa, que são influenciados por uma série de fatores individuais e coletivos ou em combinação. Nesta perspectiva, encontramos evidências de que o processo de adoecimento e a forma como alguns servidores foram atendidos pela instituição contribuíram para prolongar a incapacidade laboral.

Por outro lado, o suporte da família, a perda financeira, o isolamento social tiveram peso favorável na decisão do servidor para retornar ao trabalho. Entretanto, a presença de alguns trabalhadores na residência serviu (Beatriz) e serve (Vitória) de forma paradoxal de estímulo para o retorno mais rápido ao trabalho, devido às interações conflituosas existentes no cotidiano familiar.

Em relação às famílias estudadas, observamos que sofreram mudanças na sua estrutura, função e papel social geradas pelo processo de incapacidade por meio do estresse, pressão financeira e/ou isolamento social. Esses fatores e a falta de compreensão do que estava acontecendo, por parte dos atores envolvidos, contribuíram para interferir negativamente no relacionamento entre eles. Entretanto, após o estranhamento inicial e questionamento do sentimento de pertença do grupo familiar, surgiu espaço para a negociação e a construção de uma forma de agir compartilhada, que atendesse às 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 percebem e interagem no cotidiano. De fato, o que era padronizado na rotina diária apresenta-se diferente na situação atual, no aqui e agora, quando o convívio é partilhado num intercâmbio contínuo entre os membros da família. A realidade social da vida cotidiana é apreendida e atualizada num contínuo de tipificações que afetam na interação face a face.²²

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.⁸ A compreensão da ação é baseada na forma como o indivíduo interpreta a 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.²³

O redimensionamento dos papéis dos membros da família foi descrito por todos os servidores. Isso surgiu diante da necessidade de dar suporte ao servidor doente ou de assumir as tarefas cotidianas atribuídas rotineiramente a eles. Nesse sentido, o impacto na vida cotidiana corroborou outros estudos sobre trabalhadores com distúrbio músculo-esquelético.²⁴

Em alguns casos, o resultado dessa ação prática foi entendido como um estímulo positivo na recuperação do trabalhador. Assim como a participação ativa dos filhos(as) e esposos(as) no acompanhamento do tratamento e visitas aos serviços de perícia. Esse ajuste variou entre as famílias e foi relatado como um fator importante para atenuar o peso das perdas descritas nesta fase, a despeito de alguns membros manterem-se distantes desse processo, seja porque antes da doença tinham um relacionamento conflituoso com o servidor, seja 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 capacidade de resistir e de recuperar as consequências do adoecimento. Adota alguns mecanismos de ajustes, que são os meios pelos quais as normas são delimitadas para manter a estrutura da família, por meio da melhora na comunicação, da revisão do distanciamento provocado por crises no passado, permitindo, assim, maior envolvimento emocional, flexibilização e realocação de papéis, além de suporte social.⁶

Sugerimos que, no gerenciamento do processo de retorno ao trabalho, se busque conhecer como a família lida com esta experiência disruptiva, com vista a identificar e promover os principais processos que as tornam mais resistentes nas situações de crises e tensões, dentro ou fora do ambiente familiar. Entretanto, 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 dupla, ou ainda possui diferentes recursos organizacionais e financeiros, a doença pode interferir na capacidade de reagir às novas demandas psicossociais que surgem no seu transcorrer.²⁵

Um achado intrigante desta pesquisa foi a possibilidade de os conflitos gerados pela presença diuturna do servidor(a) doente em casa e as perdas financeiras terem servido de estímulo

⁸ Essas informações foram extraídas de Santos²³ que se apoiou em: Schutz A. *Fenomenologia e relações sociais (selected texts by Alfred Schutz)*. Rio de Janeiro: Zahar; 1979.

favorável para o retorno ao trabalho. Este estudo oferece evidências que contradizem a ideia de ganhos secundários (presença do servidor em casa) e terciários (benefícios para um ou mais membros da família) predominantes tanto na literatura como no senso comum.²⁶

Estar com os familiares é um desejo de muitos indivíduos. Assim, uma condição de doença pode ser interpretada como uma situação de ganho secundário e terciário, e pode ser uma barreira para o retorno ao trabalho. Entretanto, paradoxalmente, os casos Beatriz e Vitória apresentam-se de forma diferente do que era esperado para essa situação. Os conflitos originados com o retorno à residência contribuíram para pressioná-las a procurar o serviço de perícia médica, a fim de negociar o retorno ao trabalho, apesar de ainda possuírem algum grau de incapacidade. Este achado pode ser explicado em parte pelas condições psicossociais decorrentes do empobrecimento dos servidores públicos federais.^h

Estudo com trabalhadores da indústria afastados do trabalho por dores musculares²⁷ observou uma associação positiva entre o tempo de absenteísmo (> 90 dias) e a perda do poder aquisitivo combinada com o *status* marital e número de filhos. Ao longo do tempo, esses fatores contribuíram para manutenção da incapacidade laboral e, diferente de nossos achados, não foram citados como motivo para facilitar o retorno ao trabalho.

As perdas econômicas originadas do adoecimento e desse contexto histórico socioeconômico repercutiram na vida dos servidores(as) e de suas famílias, favorecendo a redução significativa da qualidade de vida, com reflexo na convivência cotidiana. Em alguns casos, como o servidor era o único provedor da família, isso pode ter contribuído para um processo de desorganização no ambiente familiar. Daí a opção de enfrentar as dificuldades no trabalho a ficar em casa convivendo com os familiares. A prioridade passa a ser sobreviver com um melhor padrão de vida decorrente das vantagens salariais. Este é um aspecto importante que para ampliar o *presenteísmo*, fenômeno crescente mundialmente, decorrente da permanência no trabalho de pessoas com doenças crônicas, com repercussões sobre a evolução do quadro e prognóstico.²⁹

Para tentar explicar esse achado paradoxal, utilizamos o conceito de “mudança de resposta”ⁱ proposto em estudo que apresenta um modelo teórico para integrar a mudança de resposta à qualidade de saúde.³⁰ Seus autores descrevem o fenômeno como uma mudança nos valores interiores ou conceituação básica que ocorre no indivíduo quando está diante de uma situação como uma doença. Há uma mudança de expectativa sobre o que é mais importante para

^h O servidor público federal no Brasil, nas últimas décadas, sofreu perdas salariais secundárias ao enxugamento do Estado, criando uma condição de empobrecimento.²⁸

ⁱ Mudança de resposta: tradução livre para Response Shift.³⁰

a sua qualidade de vida dada à nova circunstância. Esse modelo teórico é usado para se entender e prever as mudanças que ocorrem na qualidade de vida do indivíduo resultantes da interação entre os fatores catalisadores positivos ou negativos em resposta ao adoecimento, que envolvem antecedentes pessoais referentes, por exemplo: às características de personalidade; à utilização de mecanismos comportamentais e cognitivos para adaptação à condição de incapacidade; e às mudanças de significados produzidas pela doença na vida cotidiana.³¹

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

O enquadramento teórico, que inclui os aspectos sobre o adoecimento e a incapacidade laboral, repercussão no ambiente da família e o processo de retorno ao trabalho, articulado com os achados empíricos, reforçam a pertinência dos resultados encontrados neste estudo, reiterando achados da literatura sobre a experiência da família na relação com o trabalhador-doente. Isto nos permitiu 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.

Este estudo acentua a importância do papel da família na reabilitação do trabalhador-doente pelo relato das experiências sobre as dificuldades enfrentadas na convivência cotidiana no contexto familiar. O presente trabalho aponta para a necessidade de se rever as práticas adotadas nos serviços de reabilitação, atualmente restritas ao indivíduo e, quando muito, às atividades do trabalho. Nessa perspectiva, sugerimos incorporar a família como um ator-social integrante do processo de retorno ao trabalho, assim como o empregador, os colegas de trabalho, o seguro-saúde e os serviços de assistência à saúde, tendo como centro das ações-negociações o trabalhador-doente.

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. As histórias e relatos dos membros das famílias permitiram uma rica aproximação com as dinâmicas dessas famílias na relação com o trabalhador-doente, oferecendo elementos que podem orientar a construção de novas hipóteses para futuros estudos.

REFERÊNCIAS

1. Kleinman A. The illness narratives. United States of America: Basic Books; 1988.
2. Dembe E A. The social consequences of occupational injuries and illnesses. *Am J Ind Med.* 2002;40:403-17.
3. Ferrari R, Kwan O, Friel J. Cognitive theory and illness behavior in disability syndromes. *Medical Hypotheses.* 2001;57:68-75.
4. World Health Organization. The WHO Family of International Classifications. Extraído de [<http://www.who.int/classifications/en>], acesso em [24 de março de 2009].
5. Kleinman A. The illness narratives. United States of America: Basic Books; 1988.
6. Husserl E. *Phenomenology: its elementary forms.* 14^a ed. Chicago: University of Chicago Press; 1946.
7. Rolland JS. *Families, illness, and disability: an integrative treatment model.* New York: Basic Books; 1994.
8. Singly F. *Sociologia da família contemporânea.* Rio de Janeiro: Editora FGV; 2007.
9. Sachs PR, Ellenberg DB. The family system and adaptation to an injured worker. *Am J Family Therapy.* 1994;22:263-72.
10. Cubrium JF, Holstein JA. Phenomenology, ethnomethodology, and family discourse. In: Boss P, Doherty WJ, LaRossa R, Schumm WR, Steinmetz SK, editores. *Sourcebook of family theories and methods.* New York: Springer Science; 1993. p. 651-72.
11. Boden LI. Running on empty: families, time, and workplace injuries. *Am J Public Health.* 2005;95:1894-97.
12. Dembe EA. 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. Extraído de [www.popcenter.umd.edu/events/nichd/papers/dembe.pdf], acesso em [21 de julho de 2008].
13. Sampaio RF, Silveira AM, Viana SO, Oliveira GBA, Frade F. Implantação de serviço de reabilitação profissional: a experiência da UFMG. *Fisioter Pesqui.* 2005;12(2):28-34.

14. Baril B, 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 Sci Med.* 2003;57:2101-14.
15. Giddens A, Turner J. Introdução in Teoria Social hoje. Tradução de Gilson César Cardoso de Souza. São Paulo: UNESP; 1999.
16. Ratton Júnior LA. Senso comum, linguagem, ação e ordem: uma introdução à Etnometodologia. Extraído de [<http://www.ufpe.br/eso/revista4/ratton.html>], acesso em [31 de agosto de 2008].
17. Hostein JA, Gubrium JF. The active interview. California: Sage publications; 1995.
18. Tonkiss F. Analysing discourse. In: Seale C, editor. *Researching society and culture.* 3ª ed. California: Sage publications; 2002.
19. Parsons T. The social system. New York: Free Press; 1951.
20. Karasek Jr RA. Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. *Adm Sci Quart.* 1979;24:285-307.
21. Vingård NE, Lindberg P, Josephson M, Voss M, Heijbel B, Alfredsson L, et al. 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. *Scand J Public Health.* 2005;33:370-5.
22. Berger P, Luckmann P. A construção social da realidade. Tradução de Floriano de Souza Fernandes. 30ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2009.
23. Santos H. Interpretações da vida cotidiana: aproximações à análise do mundo da vida. *Civitas.* 2009;9:103-17.
24. Strunin L, Boden LI. Family consequences of chronic back pain. *Soc Sci Med.* 2004;58:1385-93.
25. Walsh F. The concept of family resilience: crisis and challenge. *Family Process.* 1996;35:261-81.
26. Dersh J, Polatin PB, Leeman G, Gatchel RJ. The management of secondary gain and loss in medicolegal settings: strengths and weaknesses. *J Occup Rehabil.* 2004;14:267-79.
27. Volin E, Koevering DV, Loeser JD. Back sprain in industry: the role of socioeconomic factors in chronicity. *Spine.* 1991;16:542-48.
28. CUT Brasil, 2007. Extraído de [<http://www.cut.org.br/site/start.cut?inoid=14883&sid=22>], acesso em [13 de julho de 2008].

29. Gunnar A, Klas G, Margareta D. Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *J Epidemiol Comm Health*. 2000;54:502-9.
30. Sprangers MAG, Schwartz CE. Integrating response shift into health-related quality of liferesearch: a theoretical model. *Soc Sci Med*. 1999;48:1507-15.
31. Sharpe L, Curran L. Understanding the process of adjustment to illness. *Soc Sci Med*. 2006;62:1153-66.

Recebido em 14.12.2010 e aprovado em 29.04.2011