

EXPERIÊNCIA DE ADOECIMENTO E LICENÇA MÉDICA: O CASO DE UMA TÉCNICA DE ENFERMAGEM*

EXPERIENCE OF ILLNESS AND SICK LEAVE: THE CASE OF A NURSE TECHNICIAN

LA EXPERIENCIA DE ENFERMEDAD Y AUSENCIA POR ENFERMEDAD:
EL CASO DE UNA TÉCNICA DE ENFERMERÍA

Gabriele Taques Silva¹
Carla Rafaela Teixeira Cunha²
Aldenan Lima Ribeiro Corrêa da Costa³
Sônia Ayako Tao Maruyama³

*Este estudo está inserido na pesquisa matricial 'Faltas ao trabalho, um problema para a gestão do cuidado hospitalar', financiado pela OMS/Opas.

¹ Enfermeira. Voluntária Científica. Cuiabá, MT – Brasil.

² Mestre em Enfermagem. Cuiabá, MT – Brasil.

³ Professora do Departamento de Enfermagem da FAEN da Universidade Federal do Mato Grosso – UFMT. Cuiabá, MT – Brasil.

Autor Correspondente: Gabriele Taques Silva. E-mail: gabi_tagues@hotmail.com
Submetido em: 13/09/2011 Aprovado em: 22/11/2012

RESUMO

O estudo em foco foi desenvolvido no âmbito da pesquisa matricial "Faltas ao trabalho, um problema para a gestão do cuidado hospitalar", com o objetivo de compreender a experiência de adoecimento de uma técnica de enfermagem ausente do trabalho por licença médica, descrevendo os significados e sentidos do adoecimento atribuídos por ela à sua vida cotidiana e profissional. Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa, na perspectiva biográfico-interpretativa, realizada em um hospital público de Cuiabá-MT. Os dados foram colhidos por entrevista de narrativa e observação direta. Procurou-se interpretar a experiência narrada direcionando o olhar para o seu cotidiano na condição de adoecida e para a produção, o gerenciamento e a busca por cuidados de saúde. Foram utilizadas como ferramentas analíticas o Ecomapa e o Itinerário Terapêutico, favorecendo, assim, a organização e a compreensão dessa experiência. Essa análise levou a três categorias empíricas: vida e trabalho antes do adoecimento, a experiência do adoecimento por hérnia de disco e a licença médica. Concluiu-se que a experiência do adoecimento e sua consequente necessidade de hospitalização geraram na trabalhadora importantes transformações. O que viu do outro lado a deixou perplexa diante da indiferença e da dor manifestada por seus pares, gerando nela o desejo de adotar outra prática profissional mais humana e mais respeitosa às queixas das pessoas internadas. Constatou-se, ainda, a existência de grande relação entre trabalho e doença, com demora na busca por cuidados cuja procura pelo serviço se deu somente na agudização da dor.

Palavras-chave: Absenteísmo; Saúde do Trabalhador; Licença Médica; Enfermagem.

ABSTRACT

This study was developed under the matrix research 'Absences from work, a problem for the management of the care in hospital', and aimed to understand the illness experience of a nurse technician who was absent from work by medical leave. It describes the illness meanings attributed to her own everyday and professional lives. Qualitative research with the biographical-interpretive perspective was conducted in a public hospital of Cuiabá-MT. Data was collected by narrative interview and direct observation. The narrative of the experience was interpreted based on the nurse technician perception as being in a disease condition and looking for production, management and health care process. It was applied the ecomap and the therapeutic itinerary as analytical tools to organize and to understand the experience. This analysis led to three empirical categories: life and work before the illness, the experience of herniated disc illness and, sick leave. It was concluded that the illness experience and its consequent need for hospitalization led to important changes. She saw the other side that became her perplex about the indifference and pain felling manifested by their peers. It generates the desire to adopt another professional practice, with more human and respect to complaints of hospitalized persons. It was found a big relationship between illness and work, which looking for health assistance was so late. It took place only when the pain was so acute.

Keywords: Absenteeism; Occupational Health; Sick Leave; Nursing.

RESUMEN

El presente estudio fue desarrollado en el ámbito de la investigación matricial 'Faltas al trabajo, un problema para la gestión de la atención hospitalaria'. Su objetivo fue entender la experiencia de enfermedad de una técnica de enfermería que faltó al trabajo por licencia médica; se describen los significados y sentidos de la enfermedad que ella les atribuye en su vida cotidiana y profesional. Se trata de una investigación cualitativa, desde la perspectiva biográfico-interpretativa, realizada en un hospital público de Cuiabá-MT. Los datos fueron recogidos por entrevista de narrativa y observación directa. Tratamos de interpretar la experiencia dirigiendo la mirada para su cotidiano en la condición de enferma y para la producción, administración y búsqueda por atención de la salud. Utilizamos como herramientas analíticas el Ecomapa y el Itinerario Terapéutico, favoreciendo así la organización y la comprensión de esta experiencia. El análisis nos llevó a tres categorías empíricas: vida y trabajo

antes de la enfermedad, la experiencia de la enfermedad por hernia de disco y la licencia médica. Concluimos que la experiencia de la enfermedad y su consiguiente necesidad de hospitalización generaron en la trabajadora importantes transformaciones. Lo que ella vio del otro lado la dejó perpleja ante la indiferencia y el dolor expresado por sus pares, generando en ella el deseo de adoptar otra práctica profesional más humana y respetuosa a las quejas de las personas internadas. También se constató la existencia de la gran relación entre el trabajo y la enfermedad, con demora en la búsqueda de cuidados ya que sólo se procuró el servicio cuando el dolor se hizo más agudo.

Palabras clave: Absentismo; Salud Laboral; Ausencia por Enfermedad; Enfermería.

INTRODUÇÃO

No contexto hospitalar, a maior força de trabalho é da enfermagem, que, além de possuir uma hierarquia fortemente estruturada para o cumprimento das normas e rotinas de trabalho, depara-se, geralmente, com quantidade insuficiente de profissionais da área para a prestação de assistência em setores considerados desgastantes, tanto pela carga de trabalho como pelas especificidades das tarefas. Segundo indicadores e dados básicos do Brasil em 2008, os recursos humanos da enfermagem, em todas as áreas, representavam um quantitativo de 1.243.804 profissionais, sendo 178.546 enfermeiros, 466.985 técnicos de enfermagem e 598.273 auxiliares de enfermagem. Em Mato Grosso, esses recursos são da ordem de 11.753 enfermeiros, 36.848 técnicos de enfermagem e 18.888 auxiliares de enfermagem.¹

Tratando-se de ambiente hospitalar, muito se tem falado e publicado a respeito das condições precárias de trabalho em grande parte dessas instituições, expondo seus trabalhadores a riscos de ordem biológica, física, química, ergonômica, mecânica, psicológica e social,² o que pode acarretar prejuízos a saúde dos trabalhadores.

Um estudo desenvolvido na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais comprovou a existência de diferentes doenças relacionadas ao trabalho hospitalar nas 23 instituições componentes da Fundação. As doenças do sistema osteomuscular (DSOM) responderam por 11,83% dos diagnósticos dados aos trabalhadores de enfermagem, ficando em segundo lugar no quadro geral dos diagnósticos efetuados. No que se refere aos trabalhadores de enfermagem, foram identificadas várias regiões corporais afetadas em decorrência do trabalho, sendo coluna vertebral uma das estruturas atingidas por diversas patologias. Dentre elas nos chamou a atenção as dorsalgias que foram identificadas em 20% de frequência.³

A dorsalgia é um comprometimento identificado na Classificação Internacional de Doenças/2010 como **M54** e que se desdobra em subcategorias classificadas de **M54-0 a M54-9**, incluindo-se as cervicalgias, dores torácicas, ciáticas, dores lombares baixas, lumbagos com ciática e dorsalgias não especificadas.⁴ O caso enfocado em nosso estudo se caracteriza como um comprometimento do grupo das dorsalgias, pois trata-se de uma condição crônica decorrente de uma hérnia de disco lombar.

A condição crônica provoca mudanças na rotina e no planejamento de atividades, aumenta a responsabilidade médica, social e emocional. É uma experiência que implica modificações no modo de encaminhar a vida, já que a existência de uma patologia acarreta perdas e disfunções físicas, levando a necessidade de alteração no cotidiano das pessoas afetadas direta, ou indiretamente.⁵ Uma condição crônica pode gerar distintas necessidades de saúde que podem incapacitar as pessoas para o exercício de suas atividades laborais.

Diversas são as maneiras como as pessoas enfrentam sua condição crônica e diversos são os caminhos que percorrem na busca de resolutividade para suas necessidades físicas, psíquicas e sociais. As práticas e estratégias da população no enfrentamento de seus problemas em relação à procura de cuidados em saúde são bem analisadas por meio dos Itinerários Terapêuticos (ITs), aqui compreendidos como trajetórias de busca, produção e gerenciamento do cuidado para com a saúde.⁶

Neste estudo enfoca-se a experiência de adoecimento de uma técnica de enfermagem que, dadas suas necessidades de cuidados à saúde, foi afastada do trabalho por licença saúde, o que é caracterizado como um tipo de absenteísmo. O objetivo foi compreender como foram produzidos, gerenciados e buscados os cuidados de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) em Cuiabá e Várzea Grande no Estado de Mato Grosso.

Estudos focalizando a experiência de adoecimento de trabalhadores de enfermagem na perspectiva deles mesmos são importantes para a compreensão do adoecimento no trabalho, já que as atividades laborais, mesmo aquelas ainda não consideradas pela classificação das doenças do trabalho, podem estar associadas aos agravos à saúde desses trabalhadores.

Em estudo realizado na realidade do trabalho hospitalar de um hospital de ensino em Cuiabá, evidenciou-se que o trabalhador de enfermagem descuida-se de si, priorizando sempre o cuidado aos outros.⁷ Envolve-se tanto no cuidado com os outros, que acaba deixando de lado o cuidado de si. Além disso, atitudes diárias e impensadas, como hábitos de carregar o paciente, postura corporal inadequada na realização de tarefas, associadas a condições desfavoráveis de trabalho são responsáveis pelo aparecimento de doenças específicas no trabalho de enfermagem ou o agravamento daquelas já existentes. Esses fatores, acrescidos à herança genética e ao processo natural de envelhecimento do profissional, são as principais causas de hérnia de disco.

As localizações mais comuns das hérnias de disco intervertebral são na coluna cervical e a lombar, sendo os quartos e quintos discos lombares os mais frequentemente afetados. O comprometimento lombar provoca intenso espasmo muscular e manifestação de dor ao se curvar o corpo para frente, ao espirrar e nos esforços para evacuação intestinal. Deambular se torna uma atividade dolorosa e difícil. Já quando a hérnia de disco comprime uma ou mais raízes nervosas, a dor ciática se manifesta com intensidade, irradiando no trajeto do nervo ciático.⁸

Nessa situação, os trabalhadores de enfermagem se veem obrigados a buscar atendimento para suas necessidades de saúde, faltando ao serviço de forma justificada por licença médica ou não justificada, já que algumas vezes não se sentem capazes de realizar suas funções, optando por repousar em casa por conta própria. Na literatura científica consultada, essa situação é definida como absenteísmo-doença.

Buscou-se trazer subsídios teóricos que pudessem orientar a instituição na reformulação dos mecanismos administrativos para facilitar a trajetória do trabalhador adoecido quando ele necessita de afastamento para tratamento de saúde. Espera-se que o estudo possa oferecer conhecimentos para o fortalecimento dos meios de prevenção do adoecimento ou do agravamento daquelas doenças já instaladas, contribuindo para melhorar a saúde do trabalhador, diminuindo, assim, os índices de absenteísmo no contexto hospitalar.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo de campo de abordagem qualitativa, na perspectiva biográfico-interpretativa. O método biográfico é caracterizado como uma forma sistemática de aproximação dos estudos da experiência humana. Esse método tem como princípio central que as vivências e os significados a elas atribuídos podem ser escritos. Portanto, o sujeito real é descrito por meio dos sentimentos, pensamentos e emoções humanas que vivenciou.⁹ Assim, nesta pesquisa, buscou-se interpretar a experiência de adoecimento e seus significados compartilhados no contexto sociocultural do estudo.

O estudo foi realizado em um hospital municipal de Cuiabá-MT, cuja principal característica é ser referência do SUS. Os critérios de elegibilidade da participante foram: estar vivenciando uma condição crônica com necessidade de licença médica maior ou igual a dois meses e ter passado por perícia médica. Foi escolhida uma pessoa cujo pseudônimo é dona Maria para assegurar-lhe o anonimato. Esse cuidado faz parte dos critérios preconizados pela Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde,¹⁰ e assumidos quando recebemos o Parecer favorável do comitê de Ética em Pesquisa sob o nº 577/CEP-HUJM/08.

Os dados foram produzidos por entrevista de narrativa (EN), com base em três encontros realizados na residência da

participante, que foi orientada a relatar sua história focada em um tópico de estudo – sua experiência de adoecimento e licença médica. A condução da entrevista foi aberta, mas atenta ao foco na área de interesse, como uma história consistente de todos os eventos relevantes de sua experiência.¹¹ As narrativas foram gravadas na íntegra e transcritas para posterior análise.

Os dados empíricos produzidos foram analisados tematicamente, utilizando como ferramenta analítica o desenho do Eco-mapa, que ajudou a apreender a dinâmica pessoal e familiar durante sua experiência de adoecimento e o IT, trazendo o foco central da história do adoecimento, favorecendo, assim, a organização e a compreensão dessa experiência. Essa análise permitiu a interpretação da experiência de adoecimento, levando a três categorias empíricas: vida e trabalho antes do adoecimento, a experiência do adoecimento por hérnia de disco e a licença médica.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

VIDA E TRABALHO ANTES DO ADOECIMENTO: VOCÊ FAZ MUITO ESFORÇO E DESGASTA MUITO

Dona Maria, nos contatos, sempre se mostrou alegre, sorridente e simpática, uma pessoa receptiva, demonstrando muita fé em Deus e muita firmeza ao narrar sua experiência, sorrindo com facilidade de certos episódios narrados. Veio para Cuiabá em 1992, fez o curso de técnico de enfermagem e está até hoje trabalhando sem nunca ter se afastado do serviço, a não ser na ocasião do adoecimento neste caso relatado.

A vida antes do adoecimento se configurava como de trabalho, em que os reclamos do corpo ficavam em segundo plano, pois o trabalho assumia para ela o significado de dignificação e pilar da existência e, dessa forma, ele tinha primazia sobre as outras dimensões. Antes da crise que a levou à experiência relatada já teve até três vínculos empregatícios, mas hoje só tem um:

Você trabalha muito! Você pega peso. Você desgasta muito! Você sente uma coisinha e toma um remédio... Sente outra e... É um cansaço... É um estresse, mais eu acho que melhorou, e assim vai.

Em outros contextos de trabalho também pode ser observado esse adormecimento do trabalhador em relação ao próprio adoecimento. No estudo realizado com trabalhadores da agropecuária, indústria madeireira e garimpo, constatou-se que somente quando a incapacidade física impossibilita a continuidade do trabalho é que os trabalhadores se consideram doentes.¹²

Percebeu-se que o trabalho de enfermagem é sua referência de vida e componente básico de sua identidade pessoal. O significado do trabalho é expresso no seu conteúdo simbólico na vida de dona Maria como importante pilar na formação de sua identidade.

A constituição da identidade é processual se desenvolvendo ao longo da vida e se vinculando à noção de alteridade. Tal processo deixa aberturas a ser preenchidas, pois é a “partir do ‘olhar do outro’ que nos constituímos como sujeitos; é justamente na relação com o outro que nos reconhecemos em um processo de busca de semelhanças e diferenças”. Assim, é nas relações cotidianas que construímos a identidade individual e social, pelas distintas trocas que efetivamos nos levando a constituir nossa singularidade em meio a diferenças. Na vida adulta, o trabalho é o espaço principal dessas trocas.¹³ Em outra perspectiva teórica, encontra-se que a produção da história dos indivíduos se “encarna” na linguagem do trabalho.¹⁴

Na narrativa a seguir, pode-se evidenciar a importância do trabalho de enfermagem na produção da identidade de dona Maria, pois, embora deixando marcas em seu corpo, ele também é o responsável pelo prazer da criação, do sustento das filhas e do significado de dignidade pessoal:

*Tudo eu sei fazer um pouquinho (risos). [...] Por ai você vê por que eu criei essa hérnia de disco [...]. Faz é tempo! Graças a Deus, eu formei em 88, auxiliar. **Nunca, nunca, nunca eu fiquei desempregada na minha vida. Não sei contar pra ninguém o que é desemprego. [...] Já cheguei de ter... – igual falei – até três (empregos), dois ... Isso ai era direto (suspira).** [...] Quando eu vim pra cá, minhas filhas eram pequenas eu tinha separado lá em Goiás. Pagava alugel... Era água... Energia e despesas de casa... Filha pequena, escolas... [...] Então, minha filha, **eu trabalhei muito!***

Embora as experiências do trabalho não sejam facilmente descritas em estatísticas e diagramas, sua compreensão pode se dar por meio da sucessão de histórias que o trabalho de enfermagem suscita na experiência do trabalho hospitalar. O cotidiano desse trabalho é caracterizado por imprevistos e situações inusitadas marcadas pela personalidade dos trabalhadores de enfermagem e das pessoas sob seus cuidados profissionais, mas “graças à sucessão de histórias, todas as situações se inscrevem em uma mesma cadeia de sentido”.¹⁵ Assim, por meio da sua história evidenciaram-se as marcas do trabalho em sua biografia e as repercussões do seu adoecimento para sua vida e para o seu trabalho.

A EXPERIÊNCIA DO ADOECIMENTO POR HÉRNIA DE DISCO: EU TRAVEI QUANDO DESCI DO ÔNIBUS VINDO DO PLANTÃO

Atualmente, a hérnia de disco é o diagnóstico mais comum entre as alterações degenerativas da coluna lombar e a principal causa de cirurgia de coluna. Ocorre, principalmente, por volta dos 37 anos de idade, porém pode aparecer em qualquer faixa etária; estima-se que 2% a 3% da população possam ser afetados, com prevalência de 4,8% em homens e 2,5% em mulheres

acima de 35 anos. Em decorrência da incapacidade que gera, a hérnia de disco é considerada um problema de saúde mundial.¹⁶

Com base nas narrativas de dona Maria, observou-se que, embora o adoecimento seja um processo que se expressa por meio de sinais e sintomas, no decorrer dela, geralmente, são tomadas medidas paliativas para alívio da dor. No entanto, com a dor aliviada, as pressões do trabalho, da vida familiar e social se sobrepõem, e a pessoa vai sempre adiando um tratamento mais efetivo para suas necessidades de saúde. Enquanto o corpo aguenta no atendimento às necessidades do trabalho, o adoecimento é silenciado. Assim, para dona Maria, sua experiência de adoecimento começou quando seus sintomas se exacerbaram:

Eu travei quando desci do ônibus vindo do plantão. [...] Ai quando desci do ônibus que aconteceu isso. O atendimento que tive aqui em casa foi que o SAMU me pegou aqui em casa e me levou, porque eu não conseguia nem movimentar mais.

Por estar inserida em um campo de tensões e exigências profissionais do cotidiano hospitalar, ela lança mão de estratégias que permitem a reprodução do seu modo de vida por meio do trabalho e do seu saber-fazer. No entanto, essas estratégias implicam, também, a exposição a condições de vida e trabalho precárias, cujas consequências se concretizam com a experiência da doença. Para o trabalhador que se julga “forte”, com saúde, a doença é algo inesperado, pois significa perder a oportunidade que lhes é mais valiosa: a reprodução do seu “saber-fazer”. Nesse sentido, a experiência da doença é um “divisor de águas” quanto às suas representações sociais no que diz respeito às causas do adoecimento.¹²

Percebe-se, então, uma relação entre trabalho e adoecimento, pois as pressões do trabalho são mais fortes do que as exigências do corpo e, mesmo o corpo dando sinais de que necessita de cuidados, o entendimento é de que o trabalho não pode parar, como demonstra a narrativa a seguir.

*Se às vezes no início, quem tá trabalhando, quem tá no ofício mesmo da profissão, às vezes não para (de trabalhar). Não para não! Se tá com uma dor e chega uma emergência, o que vai fazer? **Ele vai pra emergência e esquece da dor.** [...] Mas não é verdade? É assim que ele faz!*

Na experiência de adoecimento de dona Maria, outros fatores colaboraram para o silenciamento dos sinais e sintomas do corpo, pois, além da reprodução de seu saber-fazer, o trabalho de enfermagem assume, também, um valor místico de salvação de vidas humanas que, quando não atendidas no tempo e na forma desejada, podem se perder. Quando a esse aspecto, ao associar-se o devotamento, a abnegação e a caridade como legados his-

tóricos da profissão de enfermagem, pode-se ter a dimensão do valor do trabalho de enfermagem para seus profissionais.

Mas esse devotamento ao trabalho tem consequências para a vida de seus trabalhadores, cujo significado é o descuido de si. Assim, para dona Maria, seu adoecimento deveu-se ao pouco cuidado que dedicou à própria saúde e ao cuidado de si, associado à sua excessiva dedicação ao trabalho de enfermagem:

Nessa profissão a gente cuida demais dos outros e esquece da gente. [...] Trabalha demais, ixi! Igual eu mesma. Eu fiz auxiliar de enfermagem em 88. Eu nunca mais parei de trabalhar até hoje praticamente, a não ser esses meses que fiquei afastada.

No entanto, rememorar o devotamento ao trabalho a leva refletir sobre os modos como o trabalho de enfermagem tem sido realizado na realidade cuiabana e como sua experiência de adoecimento propicia a oportunidade de experimentar a prática de trabalho de própria categoria profissional. Essa experiência a leva a atribuir um significado negativo às práticas de enfermagem no cotidiano hospitalar, pois aquele cuidado, por ela tantas vezes idealizado, não se refletiu na realidade concreta de sua assistência:

É uma experiência nada boa. Eu senti muita dor. Aí você fala, você pede, você reclama ali, e eles acham que às vezes não é tanto assim. [...] Como profissional da área da saúde, isso aí para mim, vou falar uma coisa pra você, me gerou uma experiência tão grande, tão grande, tão grande que até minha forma de trabalhar mudou.

Assim, essa experiência a possibilitou refletir sobre o contexto de seu trabalho, pois o tratamento recebido durante o período em que esteve internada foi semelhante ao que ela mesma já havia ofertado em seu cotidiano de trabalho, evidenciando certo distanciamento entre os profissionais de enfermagem das pessoas cuidadas no hospital e maior dedicação à realização de procedimentos e processos:

Meu sofrimento lá (no Pronto-Socorro) foi total! Eu fiquei quatro dias internada lá [...] A experiência que eu passei ali não desejo pro meu pior inimigo, porque assim (suspira e faz um breve silêncio). Eu não sei se porque na área da saúde tem muito aquele negócio assim do descaso, né?

O que viu do outro lado a deixou perplexa ante a indiferença à dor por parte de seus pares, manifestando nela o desejo de adotar nova prática profissional, mais humana e mais respeitosa às queixas das pessoas internadas.

Existem duas formas de explicação do adoecimento: as explicações fisiopatológicas de cunho científico (*disease*) e aque-

las dadas pela própria pessoa que experimenta um adoecimento (*illness*) e tendo como base a cultura.¹⁷ Observou-se que, no âmbito hospitalar, foi se constituindo uma cultura biomédica na qual o adoecimento é visto apenas em seus aspectos detectáveis, mensuráveis e perceptíveis pelos componentes das equipes de saúde, mas o adoecimento como experiência individual e subjetiva nem sempre é considerado.

Os profissionais de enfermagem absorveram essa cultura buscando fazer o possível para a cura das doenças e para o impedimento da morte do corpo biológico. Contudo, estabeleceu-se um paradoxo, pois quando se veem frente a frente com algo não palpável concretamente, têm assumido a postura de deslegitimar as queixas. Nessa situação, correm o risco de que os desgastes produzidos no próprio corpo pelo trabalho seja muito mais para a realização de procedimentos e técnicas do que para o alívio do sofrimento das pessoas cuidadas por eles. Assim, diante do próprio adoecimento, dona Maria ressignifica sua forma de encarar o adoecimento, pois sua experiência atinge os níveis profundos de sua sensibilidade.

Os momentos significativos que deixam marcas na vida, que têm potencial para criar experiências e que transformam a vida das pessoas são caracterizados por *Epifanias*⁹. Nesse sentido, a experiência do enfrentamento da dor e da pouca importância que lhe é atribuída por trabalhadores de enfermagem significou para dona Maria a necessidade de operar mudanças na forma de encaminhar a vida profissional no âmbito hospitalar:

Às vezes eles não acreditavam que tava sentindo dor. [...] Até minha forma de trabalhar mudou. Tem aquele ditado, o pessoal fala assim: 'Você tem que passar, pra dar valor'. Realmente, às vezes você tem que passar mesmo.

A experiência do adoecimento e os sofrimentos provocados pela dor e pela incapacidade física deixaram marcas capazes de transformar-lhe a forma de trabalhar, pois a fizeram compreender que a dor é subjetiva, mas que deve ser valorizada pelos profissionais de enfermagem, pois nem sempre seu alívio é possível por meio da medicação. É necessário procurar outros mecanismos de alívio da dor, pois enquanto sua atenção ficar circunscrita ao medicamento, outros tipos de dor podem se associar à dor biológica aumentando-lhe a intensidade.

Nesse sentido, outras tecnologias do cuidado de enfermagem passaram a ser valorizada por ela, principalmente as tecnologias leves, ou seja, o encontro de duas pessoas em interação, em que uma escuta e considera a necessidade da outra. Essa nova forma de atuar, embora possa parecer simples, tem sido considerada uma tecnologia que qualifica o cuidado em qualquer espaço onde ele ocorrer.¹⁸

Hoje eu tenho amor mesmo, naquilo que faço. Hoje minha visão é outra. Tenho amor. Eu gosto. Aquilo que eu falei: eu quero conhecer os pacientes... eu quero ver o que está acontecendo e tudo eu vejo o que eu posso fazer, que cabe a mim. Tem coisas que às vezes não tá cabendo pra mim, mas eu vou atrás de alguém. Passo pra frente, não deixo o problema parado.

Assim, para dona Maria a experiência de adoecimento a levou a se tornar uma técnica de enfermagem melhor, mais cuidadosa, mais atenta às necessidades das pessoas sob seus cuidados, mais compromissada com a solução de seus problemas e, também, mais ativa diante deles.

Quando uma pessoa está experienciando um adoecimento, essa condição passa a ser também da família: Os laços de afetividade que marcam a estrutura familiar são responsáveis pelo envolvimento de todos os seus entes no enfrentamento de qualquer situação. A ocorrência de uma condição crônica de saúde não é exceção.¹⁹ Isso pode ser evidenciado no desenho do Ecomapa representado na Figura 1.

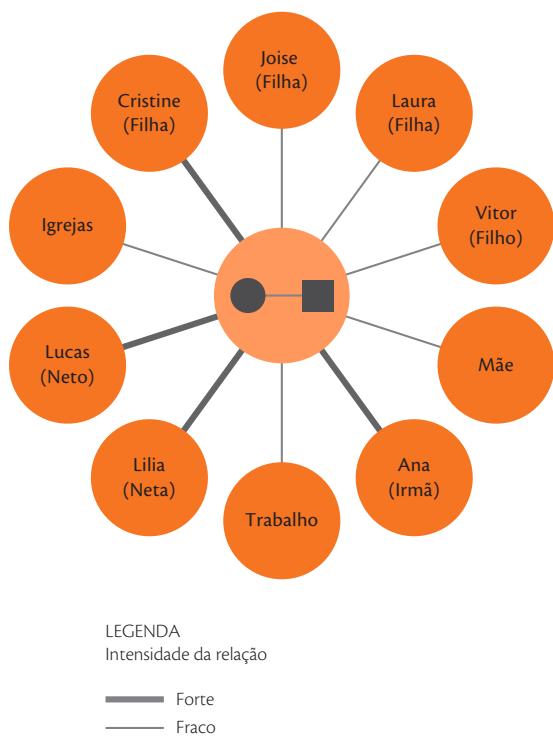


Figura 1 - Ecomapa de D. Maria.
Fonte: CUNHA, CRT. Ecomapa de D. Maria. Cuiabá, 2010.

Percebemos os fortes e afetuosos laços de ligação que dona Maria possui com seus familiares, evidenciando a importância da rede de apoio e sustentação familiar na sua experiência de adoecimento e busca por cuidados: *Mas graças a Deus eu tive muito apoio da minha família.*

Suas narrativas evidenciam que é a família que lhe garante a sustentação necessária para o enfrentamento do desânimo, do pouco amparo institucional e da incapacidade física para a realização de seu auto cuidado. É com a família que ela pode contar incondicionalmente, como pode ser observado:

Falo pra minhas meninas: 'Ô meu Deus! Acho que foi até bom né? eu ter casado. Já imaginou se não tivesse ele (esposo) [...] pra dormir lá toda noite, quem que ia? Né? Porque era ele que colocava comadre em mim, era ele que me dava banho, né? Às vezes quando minhas filhas não podiam ir, era ele que fazia isso. Depois que me fazia tudo, me deixava já limpinha, arrumadinha, aí que ele ia trabalha, né?'

Nesse momento difícil da vida, afastada do serviço e os médicos não encontrando uma solução para sua dor, dona Maria contou com o apoio das filhas, que correram atrás para conseguir o exame da ressonância, uma vez que o médico lhe disse que só poderia dar “uma posição” após o exame.

O médico que pediu, né? (a ressonância), [...] Fiz lá no 'hospital X', na época lá foi mais rápido [...]; não paguei nada [...]; fui de ambulância com meu marido [...] e depois voltei pro hospital [...].

No entanto, a experiência de realização desse exame demonstrou-lhe as dificuldades existentes para a garantia desse direito, evidenciando os entraves para o acesso a essa estação de seu itinerário terapêutico:

A ressonância foi uma burocracia! Não queriam liberar. Não queriam liberar. Era difícil. Ai, minha filha, tirou (tempo) só pra isso, começou a correr atrás, ia lá discutia [...]. Ai elas (filhas) fico, né? Foi lá, falou na diretoria. Pediu pra andar mais rápido! E fico aquele, cê sabe como que é, né? Aquele sistema de cobrança: é hoje, amanhã, que horas que vai ser? Porque se não, não resolve né? [...] E eu acho que ainda fiquei uma semana quase esperando.

Nesse momento, suas filhas foram importantes para facilitar seu acesso ao sistema de cuidado profissional,⁶ ou seja, ao próprio serviço de saúde em que ela trabalhava, agora na situação de usuária.

Por meio da ressonância, foi diagnosticada hérnia de disco. Então, o médico optou pelo procedimento cirúrgico que é uma opção quando o curso natural do processo em questão segue uma piora significativa após o uso de medidas não agressivas.²⁰

Por outro lado, o foco predominantemente na medicalização da doença é uma das causas que levam os trabalhadores de enfermagem a não buscar alternativas para o alívio da dor dos doentes sob a responsabilidade deles e, além disso, a adotar

uma conduta de descrédito nas queixas de dores apresentadas por eles. Essa conduta pode gerar na pessoa uma intensificação de sua dor, pois, além da dor biológica inscrita no seu corpo, ela também vivencia a dor de não ser considerada suas queixas e o seu sofrimento físico e psíquico.

E eu falava assim: 'Ah eu tô com dor', ai eles falavam: 'Ah... mas você já tomou remédio'. 'Ah mas esse remédio não passou minha dor!' Era uma dor assim como que aguda, uma dor assim crônica, uma dor assim que não tinha remédio que melhorava. Eu lembro um dia que um colega meu de manhã cedo, eu não tinha dormido à noite, não pregava o olho, e eu gritando de dor. Aí o médico chegou. Aí meu colega falou assim: 'Doutor, o que eu faço para essa paciente?' E eu ouvindo tudo, né? [...] Era Trimal, e nada fazia efeito pra mim. Ai o pessoal tem mania de dizer 'Ah, mas tá viciado! Já viciou do Voltaren!'

Assim, as repercussões do adoecimento e da dor vivenciados durante a internação hospitalar a levam à reflexão sobre o efeito das medicações propostas para sua dor e sobre o cuidado de enfermagem a pessoas na experiência do enfrentamento de uma dor crônica. Sua conclusão é de que quando as pessoas queixam dor é porque, de fato, elas estão sentindo essa sensação desagradável e geradora de intenso sofrimento. *Eu não tava viciada nos remédio; era a dor que era demais.*

Sabe-se que a dor consiste em uma experiência privada e subjetiva, não resultando apenas de características de lesão tecidual, mas que integra, também, fatores emocionais e culturais individuais. A percepção dolorosa é um conjunto de combinação e interpretação de fatores individuais, tais como humor, experiências anteriores, crenças, atitudes, conhecimentos e significados simbólicos atribuídos a queixas dolorosas.²¹ A dor de dona Maria serviu como um sinal de alerta de que algo errado havia com a integridade e a normalidade do seu organismo.

Os profissionais de enfermagem, muitas vezes, apresentam dificuldade de entender e, conseqüentemente, respeitar a cultura dos usuários, subestimando ou supervalorizando sua manifestação perante a dor.²¹ Isso pode estar relacionado ao fato de enfrentarem diversas situações e fatores no ambiente de trabalho que afetam a integridade física, psíquica e emocional, o que acaba interferindo no modo como é realizado o cuidado, mas também aos aspectos culturais, desse trabalho, relacionados a doença como um agravo estritamente ligado ao corpo biológico.

Para dona Maria, o significado de sua experiência de adoecimento foi positivo no sentido de tê-la tornado uma profissional mais competente na avaliação da dor das pessoas sob seus cuidados profissionais e mais humana na consideração de suas queixas. Assim, em sua interpretação, a experiência de adoecimento a levou a ter uma nova visão do que seja uma prática de

enfermagem mais adequada às necessidades da pessoa internada, a qual ela tem procurado compartilhar com seus colegas.

Só que hoje em dia minha visão é outra. Tanto que às vezes passo até pros meus colegas. Eu chego um ponto de falar: 'Olha, vamos fazer assim, assim [...] Não é assim. Procura ver o lado do paciente, procura ver esse outro lado. Não procura ver só o lado do funcionário, o lado do hospital. Procura ver o lado do paciente.'

Pode-se considerar que o adoecimento foi, na vida de dona Maria, um divisor de águas, já que depois dela sua atitude como profissional de saúde mudou completamente. Ela passou a olhar a pessoa internada como um todo e a valorizar suas queixas, objetivando, assim, a integralidade da assistência. Essa mudança foi o tempo todo observada em suas narrativas:

Quando você vê uma pessoa insistindo, chorando, pode ir atrás de alguma coisa que algo a mais tem. Porque hoje em dia isso ai pra mim foi uma coisa muito grande, muito grande! Mexeu muito comigo mesmo, com meu emocional [...]. Hoje em dia sou uma pessoa que chego, tenho vontade de trabalhar. Chego no meu local de trabalho, eu quero fazer aquilo ali! Quero conhecer os pacientes, quero ver de perto. Quero ver o que ta acontecendo, sabe?

O cuidado em enfermagem é entendido como ações multidisciplinares dos profissionais, por meio de interações terapêuticas entre os seres humanos, visando promover, proteger e preservar a humanidade, auxiliando os pacientes a encontrarem os significados na doença, no sofrimento e na dor, bem como na existência. Assim, o ideal moral e ético dos cuidadores da área da saúde devem expressar características humanitárias, afetivas, relacionais, vocacionais visando tornar o ser-cuidado, em condição plena de cidadania.²²

A LICENÇA MÉDICA: NÃO FOI FÁCIL, ÀS VEZES O QUE VOCÊ RECEBE NÃO DÁ PRA COMPRAR REMÉDIO QUE TEM QUE TOMAR

Os entraves enfrentados por dona Maria relacionados à trajetória percorrida para a comprovação de suas necessidades de saúde para a garantia de sua licença médica começaram quando, ainda internada no hospital de Várzea Grande, seu esposo levou seu atestado médico ao hospital no qual ela trabalhava, entregando-o à chefe dela, para justificar sua licença médica, porém estava fora do prazo estipulado.

Ai eles não aceitaram (atestado). Que eu já tinha passado, eu tinha que. Tem aquela (coisa) das vinte e quatro horas

pra você levar. Assim que você interna, você já tem que pegar e já levar lá (o atestado médico) e comunicar que você tá internada e que você não vai poder ir. Pra eles já saber. E eu não sabia disso, então, nesse intermediário, esse tempo eu perdi.

O atestado médico de até três dias deve ser encaminhado à chefia imediata em até 24 horas para controle e justificativa das faltas, não sendo necessário fazer a perícia médica.²³ O encaminhamento do atestado fora do prazo estipulado resultou a dona Maria perdas em seus rendimentos salariais, pois ela não conseguiu justificar esses primeiros dias em que esteve afastada.

Durante os três meses em que esteve afastada do trabalho, ficou recebendo pelo Instituto Municipal de Previdência Social de Cuiabá – “Cuiabá Prev” –, após ter passado por perícia para a garantia desse direito. Mas como os benefícios previdenciários precisam ser comprovados, isso gerou nela certa angústia por ter de ficar o tempo todo comprovando seu adoecimento e suas necessidades de cuidados médico-hospitalares.

Mas antes a minha filha tinha levado os papeis, né? Porque eu tava afastada. Já não tava trabalhando, então, tem que tá lá o papel constando que tô doente, internada, né? Ai minha filha levou.

Não são apenas as comprovações documentais dos atestados médicos que constituem mais uma fonte de sofrimento e dor para dona Maria, mas também o fato de se submeter a constantes perícias médicas:

Foi pra perícia. Como é pra todo mundo. Aquele normal deles. Você vai, você conta, você vai falar. O medico te examina, verifica se realmente é a verdade aquilo que (você) tá falando né? [...] Ai ele olhou, examinou o local da cirurgia, pra vê se realmente se tinha hérnia de disco.

É, pra você ficar recebendo aquele salário mínimo, e se ainda tem que provar e re-provar que se tá falando a verdade.

Esse auxílio doença recebido por dona Maria consiste no benefício concedido ao segurado que ficar incapacitado de exercer sua atividade habitual por mais de 30 dias consecutivos. Corresponde a 91% de seus vencimentos.²⁴

Além dessa redução no salário, dado o percentual de desconto do vencimento por causa do auxílio doença, a trabalhadora tem perdido, ainda, parte substancial dos seus rendimentos financeiros, dado o não recebimento do “Prêmio Saúde Cuiabá”, chamado “mensalinho” pelos trabalhadores da instituição – mecanismo institucional, legal, por meio do qual o trabalhador municipal da saúde recebe, além do salário, um incentivo financeiro pela assiduidade ao trabalho. Tal incentivo é caracterizado como um “Prêmio” àqueles trabalhadores que tiverem 100% de pre-

sença na instituição, ou seja, um mecanismo que “amarra” a presença do trabalhador ao seu posto de trabalho. Esse “benefício” tem sido o responsável institucional pelo “presenteísmo”, levando, algumas vezes, o trabalhador a permanecer no local do trabalho mesmo sem condições de saúde para exercer suas atividades, pois esse “prêmio” é perdido em caso de falta, ainda que legalmente amparado.²⁵ Nessa situação, dona Maria se ressentiu pela perda deste “benefício trabalhista” na instituição:

Tem que produzir! Porque o seu salário ali, quando você tá afastada menina, eu vou falar uma coisa pra você, eu não passei necessidade porque eu sou casada com meu marido, tem meus filhos, mas uma pessoa que às vezes não tem assim outra ajuda sofre, porque só esses dias eles tiram todos os seus direitos. Você recebe aquele bruto mesmo, mínimo, mínimo, mínimo X. Eles tiram tudo, tudo, tudo, tudo!

Segundo a Lei nº 8.213/91, que dispõe sobre os planos de benefícios da previdência social, especialmente no artigo 59, a verba devida ao empregado afastado por licença médica é o auxílio doença, sendo que para o trabalhador fazer jus a ela é necessário que tenha cumprido o período de carência exigido pela lei e ainda que o afastamento seja superior a 15 dias consecutivos.²⁶

Embora seja sofrida sua experiência de licença médica, as narrativas de dona Maria evidenciam o significado que tem para ela a instituição na qual trabalha, pois a considera como sua segunda casa, mas a realidade da licença médica a faz sentir-se constrangida ao ter que admitir os entraves encontrados para a garantia desse direito em saúde como servidora pública:

É ruim você ter que falar, porque, no fundo a gente não quer falar, né? Você sabe, dali de onde você trabalha. Não quer falar mesmo! Não foi boa, eu acho assim, como que fala? Eles dificultam demais as coisas.

A lei ampara o trabalhador em adoecimento que necessita da licença médica, entretanto faz nas “condições do possível”, nas quais a experiência de adoecimento realmente acontece. Na experiência de adoecimento interpretada, evidenciou-se que existem diversos obstáculos, dentre eles o tempo, a dificuldade da trabalhadora em conseguir o exame e, conseqüentemente, a demora do diagnóstico, além de sua dificuldade de locomoção, por causa da doença, para ir atrás “da papelada” para conseguir o atestado e a licença médica.²⁷

Apesar de todos os obstáculos enfrentados quanto à burocracia e ao próprio sofrimento vivenciado no processo de adoecimento, dona Maria relatou sua experiência como algo enriquecedor, atribuindo-lhe um significado positivo, pois, além de gerar uma grande experiência de vida, depois da cirurgia ela não sente mais dores, sua principal queixa. Ela rela-

tou que desde o momento em que acordou da anestesia não sentiu mais dor e que depois da cirurgia foi só melhorando, “só bênção”: *Nossa senhora, foi só bênção, só melhorando, melhorando, graças a Deus fiquei boa.*

A garantia da licença para tratamento da saúde, portanto, embora seja uma experiência que exige um itinerário burocrático documentado, bem como a submissão do corpo a exames por meio de instrumentos de investigação e de tratamento, é uma experiência positiva na biografia de dona Maria, pois lhe garante a funcionalidade de seu corpo possibilitando o seu retorno ao trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou compreender a experiência de adoecimento da técnica de enfermagem, evidenciando as dificuldades enfrentadas e os sentimentos emergidos, aos quais ela atribuiu o significado de impulsionadores de sua transformação pessoal e profissional. A experiência a fez refletir sobre a atuação da enfermagem hospitalar e a adoção de uma nova prática profissional, mais atenciosa na consideração das queixas da pessoa internada e mais competente e compromissada na busca de resolução para os problemas apresentados.

Os dados empíricos biográficos evidenciaram a existência de uma relação direta entre o trabalho do técnico de enfermagem e as lombalgias crônicas. Tal associação se deve às características do trabalho hospitalar e também às duplas e triplas jornadas de trabalho dos profissionais. O significado do trabalho da enfermagem como prática de salvação de vidas, associado à forma de organização do processo de trabalho com base em um estímulo financeiro assegurado àqueles que têm uma frequência isenta de falta, mesmo quando elas seriam necessárias para o cuidado da própria saúde, tem sido responsável pelo silenciamento dos sintomas decorrentes de agravos musculoesqueléticos.

Essa experiência traz subsídios teóricos para a reflexão dos profissionais de saúde sobre a existência de diversas doenças que podem afetá-los, principalmente aquelas que geram condição crônica, que requer produção, busca e gerenciamento de cuidados de modo continuado. Portanto, é necessária maior atenção dos gestores e administradores para seu monitoramento e disponibilização de mecanismos de promoção da saúde e proteção à saúde dos trabalhadores de enfermagem hospitalar.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Datasus. Ripsa. Indicadores e Dados Básicos. IDB; 2008. [Citado 2010 jun. 6]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2008/matriz.htm>.
2. Barboza DB, Soler ZASC. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. *Rev Latinoam Enferm*. 2003; 11(2): 177-83.
3. Murofuse NT. O adoecimento dos trabalhadores de enfermagem da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2004.
4. Meziat Filho N. Invalidez por dor nas costas entre os contribuintes da Previdência Social, Brasil, 2007 [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2010.
5. Marcon SS, Radovanovic CAT, Waidman MAP, Oliveira MLF, Sales CA. Vivência e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crônica de saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2005; 14(Esp):116-24.
6. Bellato R, Araújo LFS, Faria APS, Costa ALRC, Muruyama SAT. Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado na condição crônica: alguns pressupostos. In: Pinheiro R, Martins PH, organizadores. Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ; 2009. p. 187-94.
7. Costa ALRC. O cuidado como trabalho e o cuidado de si no trabalho de enfermagem [dissertação]. Cuiabá (MT): Universidade Federal de Mato Grosso; 1998.
8. Beyers M, Dudas S. Enfermagem médico-cirúrgica: tratado de prática clínica. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1989.
9. Denzím KN. Interpretive Interactionism. London: Sage; 1989.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em pesquisa. Resolução 196/96. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 1996.
11. Flick W. Introdução à pesquisa qualitativa. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
12. Porto JS. O mundo do trabalho e a experiência da doença: representações sociais de trabalhadores da área de influência da BR-163 [dissertação]. Cuiabá (MT): Universidade Federal de Mato Grosso; 2009.
13. Lancman S. Apresentação. In: Lancman S, Szelner L, organizadores. Christophe dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.
14. Vaz MRC. Trabalho em saúde: expressão viva da vida social. In: Leopardi MT. Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade. Florianópolis: Editora Papa-Livros; 1999.
15. Molinier P.A. dimensão do cuidar no trabalho hospitalar: abordagem psicodinâmica do trabalho de enfermagem e dos serviços de manutenção. *Rev Bras Saude Ocup*. 2008; 33(118):6-16.
16. Vialle LR, Vialle EM, Hernao JES, Giraldo G. Hérnia Discal Lombar. *Rev Bras Ortop*. 2010; 45(1):17-22.
17. Helman CG. Cultura, saúde e doença. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
18. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público. São Paulo: Xamã; 1998.
19. Silva LF, Guedes MV, Moreira RP, Souza ACC. Doença crônica: o enfrentamento pela família. *Acta Paul Enferm*. 2002; 15(1):40-7.
20. Negrelli WF. Hérnia discal: procedimentos de tratamento. *Acta Ortop Bras*. 2001; 9(4):39-45.
21. Budó MLD, Nicolini D, Resta DG, Büttendörfer E, Pippi MC, Ressel LB. A Cultura permeando os sentimentos e as reações frente à dor. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(1):36-43.
22. Padilha MICS, Maia AR, Vieira M, Machado C. Significados das práticas de não cuidados na visão dos clientes hospitalares. *Rev Bras Enferm*. 2004; 57(6):724-8.
23. Mato Grosso. Coordenadoria de Recursos Humanos. Como encaminhar pedido de licença médica de prestador de serviços: norma. Cuiabá: CRH; [s.d.]
24. Instituto Municipal de Previdência Social dos Servidores de Cuiabá – Cuiabá Prev. Guia da Previdência do Servidor Público. Auxílio Doença. [Citado 2010 jul. 20]. Disponível em: <http://www.cuiaba.mt.gov.br/cuiabaprev/?val=1>.
25. Costa ALRC, Muruyama AS, Araújo LFS, et al. Faltas ao trabalho, um problema para a gestão do cuidado hospitalar: relatório final. Cuiabá: GPESC/FAEN/UFMT/Estação observatório saúde, trabalho e cidadania MT; 2010. 44f.
26. 26. Brasil. Lei n. 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social e dá outras providências, Diário Oficial da União. Brasília: Senado Federal; 24 jul. 1991.
27. Gomes JC, Araújo LFS, Costa, ALC, et al. Direito à licença médica para tratamento de saúde: a trajetória de uma trabalhadora de enfermagem na instituição empregadora. In: Anais do 62º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2010 out. 11-15; Florianópolis, Brasil. Florianópolis: ABEN – Seção SC; 2010.