

O TRABALHADOR SEM VÍNCULO PREVIDENCIÁRIO E A VIVÊNCIA CIRÚRGICA: UMA CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM

Luanna Klaren De Azevedo Amorim*
Camila De Andrade Carvalho**
Norma Valéria Dantas De Oliveira Souza***
Élissa Jôse Erhardt Rollemberg Cruz****
Maria Virgínia Godoy Da Silva*****

RESUMO

A vivência cirúrgica gera grandes repercussões na vida do cliente, ainda mais se o mesmo passa por dificuldades, instabilidade e precarização trabalhista. Sendo assim o presente estudo teve como objetivos identificar as repercussões da necessidade de se submeterem à cirurgia eletiva em trabalhadores sem vínculo previdenciário e analisar as facilidades e as dificuldades que esses trabalhadores vivenciam durante o período perioperatório. O estudo teve uma abordagem qualitativa e descritiva, realizado em enfermarias cirúrgicas de um hospital público do Rio de Janeiro. Os sujeitos foram 10 clientes na condição de “sem vínculo previdenciário”. O instrumento foi uma entrevista semiestruturada e as informações coletadas foram tratadas pelo método de análise de conteúdo. Assim, com o método escolhido encontraram-se 15 Unidades de Registro (UR) que foram agrupadas em duas categorias: “O significado da experiência cirúrgica e suas repercussões” e “As incertezas da vivência cirúrgica e modos de enfrentamento”. Verificou-se que a experiência cirúrgica tem repercussões psicológicas e sociofinanceiras, gerando dificuldades como o afastamento das atividades laborais, logo um prejuízo financeiro. Considerou-se que a situação é complexa e demanda uma conduta que envolve desde a orientação até o encaminhamento a outros profissionais.

Palavras-chave: Enfermagem Perioperatória. Saúde do Trabalhador. Previdência Social. Efeitos Psicossociais da Doença.

INTRODUÇÃO

Este estudo apresenta como tema o cliente em situação cirúrgica e sua inserção no mundo do trabalho. De acordo com o tema, selecionou-se como objeto de estudo as dificuldades e as facilidades encontradas pelos trabalhadores sem vínculo previdenciário para se submeterem a cirurgias eletivas, considerando a condição trabalhista.

O interesse por esse tema surgiu a partir da atuação em um projeto de extensão da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) intitulado “Orientando o cliente em situação cirúrgica para diferenciar o cuidado”, quando se observou empiricamente que um número significativo de clientes não possuíam vínculo previdenciário, ou seja, não tinham trabalho formal e não eram contribuintes

da Previdência Social. Portanto, não dispunham de direitos trabalhistas que lhes garantissem uma remuneração mensal ao apresentarem problemas de saúde, tal como uma cirurgia.

É através da legislação trabalhista e da Previdência Social que o indivíduo tem seus direitos resguardados como, por exemplo: a jornada de trabalho, os períodos de descanso, o salário mínimo, as férias anuais, a segurança e medicina do trabalho e auxílio-doença⁽¹⁾.

A Previdência Social é o seguro social para a pessoa que contribui. É uma instituição pública que tem como objetivo reconhecer e conceder direitos aos seus segurados. A renda transferida pela Previdência Social é utilizada para substituir a renda do trabalhador contribuinte, quando ele perde a capacidade de trabalho, seja pela doença, invalidez, idade avançada, morte e desemprego involuntário, ou mesmo a maternidade e a reclusão⁽¹⁾.

*Enfermeira. Mestranda em Enfermagem na Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ. E-mail: luklaren@yahoo.com.br

**Enfermeira. Estomaterapeuta e Enfermeira Intensivista. E-mail: enfermeiracamilacarvalho@yahoo.com.br

***Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Graduação e Pós-graduação em Enfermagem da UERJ. E-mail: norval_souza@yahoo.com.br.

****Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família Clementino Fraga. Mestre em Enfermagem. E-mail: elissa_enf@yahoo.com.br

*****Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Email: godoydasilva@terra.com.br

Vale ressaltar a diferença existente entre trabalhador autônomo e o que não tem vínculo previdenciário. O trabalhador autônomo é aquele que não tem carteira assinada, não possui vínculo empregatício formal, porém é contribuinte da previdência social, logo apresenta vínculo previdenciário, tendo os seus direitos resguardados. Já o trabalhador sem vínculo previdenciário, de acordo com a legislação brasileira nº 8.212, de 24 de julho de 1991, referente à Lei Orgânica da Seguridade Social, determina que, se o suposto trabalhador, necessitar de um afastamento temporário da sua fonte de subsistência financeira por motivo de doença, internação hospitalar ou procedimento cirúrgico, não terá direito ao auxílio-doença dado pela Previdência Social⁽²⁾.

O Brasil tem assistido ao aumento do número de trabalhadores sem vínculo previdenciário e do trabalhador autônomo, evento que eclodiu a partir da década de 1980, quando da crise do petróleo e do sério abalo das estruturas do capitalismo. Esta crise levou a um esforço dos países desenvolvidos e do Fundo Monetário Internacional (FMI), conjuntamente com o Banco Mundial para evitar o colapso do sistema capitalista, fundando as bases do neoliberalismo⁽³⁾.

O neoliberalismo tem seus princípios fundamentados na base do pensamento liberal, o qual pode ser definido como a política econômica de abertura indiscriminada do mercado nacional ao internacional. Porém, o neoliberalismo não é só uma doutrina econômica, mas também uma filosofia social e de valores morais, que modificou radicalmente a vida na sociedade, e as relações de trabalho⁽⁴⁾.

Na história da sociedade, no momento em que se estruturam as bases sólidas do capitalismo, observa-se o surgimento de alguns modelos produtivos como, por exemplo, o taylorismo, o fordismo e, na atualidade, o modelo flexível do capital, apoiado nos preceitos do neoliberalismo. A partir da consolidação de tais formas de produzir, o trabalhador foi perdendo sua autonomia, seus meios de produção, foi usurpado do direito de planejar seu processo de trabalho, submetendo-se aos domínios do capitalismo e a sua estruturação laboral⁽⁵⁾.

Com o taylorismo, o trabalhador foi obrigado a produzir a partir do estudo do tempo gasto em cada atividade realizada, como também pela redução dos movimentos desnecessários com o objetivo de aumentar o ritmo da produção e retirar mais valia deste trabalhador. No fordismo institui-se o uso de esteiras rolantes para intensificar o ritmo laboral e a fragmentação das tarefas já instituídas no taylorismo foi colocada em ação de forma mais contundente, aprofundando-se ainda mais o ritmo produtivo e o desgaste do trabalhador.

Porém, na década de 1980, com o sistema capitalista dando sinais de falência, verificou-se o surgimento de um novo modelo econômico, muito mais radical nas formas de obtenção dos lucros e da força de trabalho. Este modelo está apoiado no neoliberalismo e denomina-se modelo flexível de capital⁽⁵⁾.

Assim, com o advento do modelo neoliberal, verificou-se a precarização das condições de trabalho, caracterizada como uma situação atípica e desfavorável à saúde do trabalhador.

“A definição de trabalho precário contempla pelo menos duas dimensões: a ausência ou redução de direitos e garantias do trabalho e a qualidade no exercício da atividade”^(6:242).

Desta forma, verifica-se o surgimento dos serviços terceirizados, ou seja, uma nova forma de contratação dos trabalhadores, através de cooperativas, contratação temporária, delimitada por um trabalho ou por tarefa específica. Com isso, retiraram dos trabalhadores direitos trabalhistas antes concedidos como, por exemplo, direito à férias remuneradas, à licença saúde, ao auxílio-doença, ao 13º salário, deixando o trabalhador abandonado à própria sorte e inserido num contexto de precarização das condições de trabalho⁽⁷⁾.

Nesta perspectiva, verificou-se o surgimento de uma massa de trabalhadores sem direitos trabalhistas ou literalmente sem renda ou emprego, obrigando essas pessoas a desenvolverem atividades que lhes rendessem o bastante para sobreviverem⁽⁸⁻⁹⁾.

A partir deste contexto e com base na nossa atuação em clínicas cirúrgicas, temos observado o aumento de internações de pessoas sem direitos trabalhistas, cuja condição laboral não lhes permite usufruir de nenhum benefício que consta na Consolidação das Leis Trabalhistas

(CLT), o que se caracteriza como perverso, haja vista a situação de doença em que tais pessoas se encontram.

Diante desse quadro, muitos clientes mostravam-se angustiados, aflitos, ansiosos acerca do tempo em que ficariam internados e permaneceriam impossibilitados de trabalhar. Estes sentimentos relacionavam-se à preocupação com a própria subsistência econômica e de sua família, inquietações que perpassavam desde o temor de não ter condições para comprar os medicamentos e produtos médico-hospitalares até a aquisição de alimentos, pagamentos de aluguel, entre outras questões que envolvem a vida em uma sociedade capitalista.

Além disso, os sentimentos resultantes de ter que vivenciar uma cirurgia, em sua maioria, são desagradáveis e envolvem ansiedade, medo, frustração, angústia, pois existem representações sociais que se relacionam com o procedimento cirúrgico propriamente dito e/ou com o processo de anestesia, que remontam questões históricas as quais ficaram marcadas na memória coletiva. Nesta perspectiva, é importante identificar a situação emocional do cliente visto que o sofrimento psíquico influencia diretamente no funcionamento corporal, logo, também em sua recuperação pós-operatória^(10,11).

As preocupações sobre a perda do tempo de trabalho, perda do emprego, responsabilidades ou carga aumentada sobre os membros da família e a ameaça de incapacidade permanente contribuem ainda mais para a tensão emocional criada pela perspectiva da cirurgia^(11:434).

Sensibilizadas com esta situação, que a cada ano se agudiza mais, e entendendo que a Enfermagem deve compreender toda a problemática de vida e do processo saúde-doença da clientela assistida para atendê-la integralmente, decidiu-se então, pesquisar aqueles trabalhadores sem vínculo previdenciário que estavam em período perioperatório.

Neste sentido, selecionamos como objetivos: identificar as repercussões na vida dos trabalhadores sem vínculo previdenciário decorrentes da necessidade de se submeterem à cirurgia eletiva, considerando a sua situação trabalhista; e analisar as facilidades e as dificuldades que os trabalhadores sem vínculo

previdenciário vivenciam para se submeter ao procedimento cirúrgico eletivo.

METODOLOGIA

A pesquisa caracterizou-se como qualitativa, descritiva e exploratória, a qual foi desenvolvida em 09 enfermarias cirúrgicas de um hospital público de grande porte do município do Rio de Janeiro, a saber: cirurgia geral masculina e feminina, vascular, plástica, torácica, oftalmológica, otorrinolaringológica, urológica e ortopédica.

As informações foram coletadas com 10 clientes em situação cirúrgica eletiva, de ambos os sexos. Os critérios para inclusão dos sujeitos no estudo foram: possuir menos que 65 anos, ser trabalhador sem vínculo previdenciário, estar em período perioperatório de cirurgia eletiva e apresentar condições clínicas e psicológicas de responder as questões contidas no roteiro de entrevista. Ressalta-se que o quantitativo de sujeitos foi embasado no critério de reincidência das informações.

O instrumento de coleta foi uma entrevista semiestruturada, aplicada entre setembro e dezembro de 2009. Conforme a Resolução 196/96, solicitou-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos sujeitos, após as devidas explicações acerca dos objetivos da pesquisa e de sua relevância e contribuições. Preservou-se a identidade dos sujeitos utilizando-se de um código quando da alusão a suas falas. Este código caracterizou-se pela letra “E” de entrevista, seguido por um número cardinal, o qual revelava em que sequência foi feita a entrevista. Sendo assim, o primeiro cliente em situação cirúrgica a responder a entrevista foi identificado como “E1”, e assim por diante.

O estudo foi aprovado e cadastrado no Comitê de Ética e Pesquisa do local em que se desenvolveu o estudo, sob o número de protocolo 2448.

A análise dos dados foi feita à luz do método de análise temática de conteúdo. Esse método caracteriza-se num conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando a obter, por procedimentos objetivos e sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de

conhecimentos relativos às condições de produção / recepção destas mensagens⁽¹²⁾.

Em consonância com o método escolhido, as Unidades de Registro (UR) foram definidas por frases e a partir delas realizou-se a segmentação dos depoimentos para a análise. Através de um trabalho aprofundado de análise das entrevistas e respaldado pelo referencial teórico que norteou o estudo, encontraram-se 15 (quinze) Unidades de Registros, as quais foram agrupadas em 2 (duas) categorias: “O significado da experiência cirúrgica e suas repercussões” e “As incertezas da vivência cirúrgica e modos de enfrentamento”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os sujeitos deste estudo, conforme apontado anteriormente, totalizaram 10 entrevistados, que tinham entre 33 a 64 anos, sendo a maioria do sexo feminino (70%). A maior parte dos sujeitos estava em período pré-operatório (60%). As cirurgias a que os sujeitos se submeteram foram: cirurgia reparadora (estética), herniorrafia, ressecção de reto, colocação de cateter duplo J, nefrectomia, cistostomia, reparação de fratura em membro inferior e retirada de cálculos renais. O período de internação variou de 01 dia a 60 dias.

Os entrevistados possuíam as mais diversas ocupações: eram catadores de materiais recicláveis, explicador de conteúdo pedagógico referente ao ensino fundamental, artesão, manicure, vendedor, doméstica, cozinheira, pedreiro, costureira, diarista do lar. Constatou-se que 40% dos sujeitos possuía qualificação profissional: bibliotecários, podólogos, cozinheiro e técnicos de enfermagem. A renda individual mensal dos entrevistados variou de R\$20,00 a R\$2.000,00, sendo de aproximadamente R\$ 900,00. Porém, em alguns casos, esta era a renda familiar total aproximada.

CATEGORIA 1: O Significado da experiência cirúrgica e suas repercussões

Nesta categoria apresenta-se e elabora-se uma análise sobre os sentimentos e os significados conferidos pelos sujeitos à vivência cirúrgica.

A experiência cirúrgica gera muitas repercussões, dentre elas as

psicológicas/emocionais. Constatamos que para os sujeitos, a experiência cirúrgica está intrinsecamente ligada aos sentimentos de fragilidade e vulnerabilidade, pois em muitos momentos os sujeitos lançaram mão de expressões verbais, da linguagem não-verbal ou para-verbal que denotavam tais sentimentos. Em alguns momentos no decorrer das entrevistas evidenciamos choro, fúria angustiada/agressiva ou expressões verbais como “foi um choque”.

As falas que se seguem complementam esta análise:

Fiquei muito angustiada na época, pois estava passando por problemas pessoais, separação, [...] Também porque juntou a questão da saúde, a preocupação com o meu filho de nunca ter se afastado de mim tanto tempo, fiquei 40 dias internada, e o processo de separação também foi junto. (E.2)

Fiquei preocupado, muito preocupado, [...] A pessoa está em um leito sem condições de trabalhar, inutilizado, parado, sem trabalho. (E.4)

Estudos apontam para a necessidade do profissional de saúde, especialmente o enfermeiro, valorizar os aspectos emocionais do cliente em situação cirúrgica no planejamento e desenvolvimento da assistência e que os sentimentos podem repercutir em sua maneira de vivenciar o momento cirúrgico⁽¹³⁻¹⁵⁾.

As circunstâncias em que ocorre o evento cirúrgico são extremamente complexas e variáveis, exigindo do cliente entendimento e adaptação a nova realidade. A ansiedade e a insegurança pré-cirúrgicas, causadas pela expectativa do sofrimento, morte, mutilação e castração, são muito frequentes e devem ser observadas e trabalhadas^(13:96).

Outro aspecto identificado foi que o simbolismo negativo da cirurgia. Em sua maioria, estava também atrelado à patologia que gerou o procedimento operatório e, muitas vezes, se caracterizava como o câncer. Sendo assim, além de terem que enfrentar o problema da cirurgia, os sujeitos também tinham que lidar com o estigma da doença. Com isso, apreendeu-se que a cirurgia vinha acompanhada de um diagnóstico inesperado, criando resistência, negação, barganha, raiva e revolta. Os discursos selecionados abaixo evidenciam esta explanação:

[...] queria rasgar os papéis todos [quando soube do diagnóstico de câncer]! Não queria me internar, ia esperar a morte mesmo. (E.1)

Para mim foi um trauma, porque não esperava isso, achava que poderia ser com tratamento, remédio, e eu melhoraria... (E.10)

Esta análise se aproxima de outro estudo que investigou a temática, podendo destacar a seguinte inferência:

Há razões para todos terem medo de um diagnóstico e tratamento cirúrgico, pois nenhum cliente pode estar absolutamente certo do resultado final dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Algum medo da dor, da morte, da solidão e do desconhecido estará sempre associado à experiência cirúrgica^(14:239).

Sobre as repercussões sociofinanceiras, os sujeitos referenciavam o período perioperatório com sentimentos de pesar e lamento, porque não podiam produzir ou dar andamento às suas atividades cotidianas, principalmente às relacionadas ao trabalho e ao cuidado a família, devido à internação ou à doença de base que resultou na cirurgia. As falas apresentadas a seguir caracterizam esta análise.

Ainda mais com o braço e a perna quebrada, como vou fazer para trabalhar? Se ainda fosse só a perna ainda dava para fazer meus salgadinhos, uma costura de mão, um conserto, alguma coisa. (E.8)

Minha oficina está parada, minhas máquinas estão enferrujando e eu não estou vendo a luz no fim do túnel. Cada vez que eu venho [para o hospital] é um problema diferente sendo que o último foram os rins [...] Então se pode concluir que eu só venho piorando dia a dia. Não vejo luz no fim do túnel realmente, não sei como vai ser o meu futuro, infelizmente fui irresponsável a não me precaver quando tinha uma saúde boa e quando podia me precaver. (E.9)

A cirurgia é uma experiência complexa, pois interfere integralmente na vida da pessoa, deixando-a em situação de vulnerabilidade, uma vez que coloca em risco sua segurança física, social e emocional. Neste sentido, as repercussões da doença de base, os incômodos dos procedimentos pré-operatórios e as alterações decorrentes do período pós-operatório, como a dor, as náuseas, os vômitos, o sangramento, entre outros, refletem na esfera física do indivíduo. Porém, estas repercussões

aumentam quando geram afastamento prolongado da família, do trabalho, das atividades de lazer, impactando ainda mais nas dimensões, psicológica e social⁽¹⁵⁾.

Em outra repercussão apreendida nas falas, os sujeitos referiram que ficar muito tempo internado gerava sentimentos e fatos desagradáveis. Sendo assim, no presente estudo verificou-se que o tempo médio de internação hospitalar foi de aproximadamente 7 (sete) dias, e em alguns casos esse período se estendeu devido a complicações clínicas do cliente, como também imprevistos na dinâmica do mapa cirúrgico da instituição.

Uma pesquisa, documental e retrospectiva, realizada na mesma instituição de saúde do presente estudo, evidenciou que 27,4% das cirurgias agendadas foram suspensas. De acordo com a fonte dos registros cirúrgicos as três principais causas foram: a falta de condição clínica do cliente em se submeter à cirúrgica, o horário de funcionamento do centro cirúrgico e a falta de recursos materiais. Sobre esta problemática, as autoras afirmaram que, de forma idealizada as cirurgias eletivas não deveriam ser suspensas, pois as mesmas trazem prejuízo para os clientes, familiares, equipe e instituição⁽¹⁶⁾.

Este período de afastamento de suas atividades instrumentais de vida diária gerou nos sujeitos um rompimento e prejuízos no desenvolvimento das atividades laborais. As falas a seguir caracterizam esta análise:

[...] eu estava tentando me inserir, tinha algumas propostas profissionais interessantes e tive que adiar tudo. (E.2)

[...] estava acostumado a trabalhar, levantar cedo [...] E você até largar, ter que deixar serviço sem terminar porque não poderia fazer porque estava em um hospital [...] Eu larguei o trabalho para poder vir para cá... (E.7)

Quando o trabalhador necessita se afastar da sua atividade laboral devido a um processo de adoecimento, este se sente inutilizado, incapacitado e improdutivo. Vale ressaltar a importância e o simbolismo que o trabalho tem para a sociedade contemporânea; a partir dele as pessoas se percebem como um ser integrante da sociedade, produtivo e útil, tendo os seus direitos preservados e o reconhecimento social assegurado⁽¹⁷⁾.

CATEGORIA 2: As incertezas da vivência cirúrgica e modos de enfrentamento

Nesta categoria discutem-se as dificuldades e os sofrimentos dos sujeitos ao vivenciarem a experiência cirúrgica, como também se busca analisar os modos de enfrentamento e as estratégias adotadas pelos mesmos para superar as adversidades da situação.

Algumas das dificuldades encontradas pelos sujeitos referiram-se à estrutura deficiente do atendimento dos Serviços de Saúde, no que tange ao acesso e vaga para internação no Sistema Único de Saúde (SUS). Os sujeitos relataram que a espera por vaga levou até meses, sendo assim, esta situação caracterizou-se como uma dificuldade mencionada por um número significativo de clientes.

Outra dificuldade aludida foi quanto à burocracia do sistema de saúde, a qual retarda ainda mais o início do tratamento. Além disso, trouxeram a tona questões com as transferências que vivenciaram de uma unidade hospitalar para outra, fato que também significou dificuldade nesta experiência cirúrgica.

É importante ressaltar que estas questões contrariam princípios básicos do SUS, contidos na Lei Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990, que versa sobre a universalidade, na qual o cidadão tem o acesso garantido ao serviço de saúde e o da integralidade, que trata da obrigatoriedade de garantir acesso de saúde ao cidadão em todos os níveis de complexidade⁽¹⁸⁾.

Pelas falas selecionadas a seguir pode-se verificar esta situação:

Já estou há um ano e meio na fila insistindo, já era para ter operado há um mês, mas só hoje que consegui me internar. (E.3)

Não encontrei nenhuma facilidade, foi através de muito conhecimento, uma burocracia tremenda para poder conseguir transferência, só através de conhecimento mesmo, se fosse com a cara e a coragem não conseguiria. (E.8)

Por conta da doença/tratamento e de toda situação vivenciada de afastamento da atividade laboral, os clientes se valeram de uma rede de apoio social, na qual contaram com o suporte da família, de amigos, de conhecidos e de profissionais. Os sujeitos fizeram alusão que

certos elementos dedicavam parte do seu tempo em trabalhos voluntários, como por exemplo, membros da equipe multiprofissional, principalmente médicos e enfermeiros. Estes forneciam auxílio emocional, orientações de como conseguir acesso a uma vaga hospitalar, dentre outros.

Mas recebi ajuda, a doutora X da proctologia, ela foi muito minha amiga, me ajudou muito, disse que não ia desistir de mim, então se ela não ia desistir não seria eu que ia desistir. Aí começou a lutar junto comigo. (E.1)

A ajuda dos meus pais foi muito importante para mim, ajuda financeira, emocional, psicológica, foi muito importante. (E.2)

Um estudo desenvolvido com foco na educação permanente para o modelo de assistência biopsicossocial apontou para a importância da rede de apoio social a fim de assegurar uma assistência humanizada, e asseverou que o profissional de saúde deve reconhecer a importância que isto significa para o cliente. A rede de apoio propicia ao indivíduo maior segurança para vivenciar todo o processo cirúrgico, gerando sentimentos como: a sensação de estar sendo cuidado, a impressão de zelo e desvelo dispensado pela equipe a ele, e o acolhimento de suas necessidades⁽¹⁹⁾.

Diante das incertezas de vivenciar uma experiência cirúrgica e suas repercussões, os sujeitos do estudo elaboraram modos de enfrentamento para minimizar as dificuldades advindas daquele momento. A fé em Deus e a esperança em relação a um futuro melhor apareceram em muitas entrevistas. Em um momento difícil, os indivíduos tendem a se apegar a uma religião, desenvolvem uma fé e esperança justificada pela situação vivida, adquirindo uma força superior, independente do tipo de religião⁽²⁰⁾.

O sagrado é uma artimanha da religião por meio da qual o homem tende a se refugiar do caos instalado. A presença do objeto sagrado, junto ao paciente, representa um acontecimento de imensurável significado cultural, revelando-se em um vínculo supranatural do qual exala esperança, segurança, amparo, conforto e, até mesmo, companhia^(20:579).

Estas características são observadas nas falas abaixo:

No começo eu chorei muito [...] A dificuldade da doença eu tenho fé que eu vou vencer.... É...tenho fé em Deus. [...] Eu estou na esperança disso [auxílio do governo] se eu conseguir. E a esperança é ter esse dinheirinho. (E.1)

Espero vencer lutando, ter forças, pedindo a Deus para eu poder superar isso. (E.10)

Através da análise das falas depreendeu-se que a experiência cirúrgica é uma situação difícil de ser vivida, principalmente quando a mesma esta atrelada a fatores como: uma doença de base estigmatizante e de caráter negativo para sociedade, a dificuldades de acesso ao sistema de saúde, a falta de garantias na subsistência material por parte do Estado que não compreende este cliente como um cidadão, com direitos garantidos pela Constituição.

Observou-se também pela ocorrência de um período de internação prolongado, que o fragiliza psiquicamente afastando dos seus entes queridos. Diante do contexto que se configura muitas vezes adverso, o que proporciona um suporte psicossocial e material são as redes de apoio de familiares, de amigos e de profissionais da saúde, as quais ajudam no enfrentamento da situação. Esta análise vem ao encontro de outros estudos que também chegaram a tais resultados (13,14,17).

CONCLUSÕES

Dentre as repercussões psicológicas apreendida no estudo, a que mais se destacou foi a fragilidade emocional decorrente da doença/cirurgia a qual os clientes estavam vivenciando. Entre as repercussões sociofinanceiras, vale ressaltar dois fatores importantes: o afastamento das atividades laborais, pois o mesmo gerou vários desdobramentos, entre eles, o prejuízo financeiro e a carência material; e o lamento do cliente frente à experiência cirúrgica, pois esta, na maioria das vezes, surgiu com o diagnóstico de uma doença estigmatizada e uma situação financeira complicada e inesperada.

Ressalta-se que a principal dificuldade para a realização da cirurgia relatada foi a dificuldade de internação/acesso ao SUS, sendo que os sujeitos só tinham a opção de depender do serviço público de saúde, devido sua situação sociofinanceira. Tal fato é facilmente observado

através de meios científicos, reportagens em telejornais e jornais de todo o Brasil.

Porém, dentre todas essas questões, a mais citada foi a presença de uma rede sócio-emocional e financeira, sendo esta uma forma facilitadora para a realização da cirurgia. Por último, a característica que mais apareceu entre os modos de enfrentamento da situação cirúrgica foram a fé e a esperança em relação ao futuro, sendo esta um fator de grande importância para os clientes levando em consideração o momento em que estavam vivendo.

Por outro lado, o setor saúde também sofre, direta e/ou indiretamente, com as alterações atuais advinda da reestruturação produtiva neoliberal no Brasil. Pois, o modelo neoliberal não age de forma nociva apenas nos vínculos de trabalho e no aumento do desemprego, também se observa a precarização das condições de trabalho, na qual o sistema de saúde sofre com o “enxugamento da máquina pública”, diminuindo dramaticamente a oferta e a qualidade do serviço prestado.

Diante do fato de que é a Enfermagem que lida diretamente com a clientela, de forma diuturna, é preciso que os profissionais entendam a complexidade da situação e todos os seus desdobramentos a fim de reunir informações e ter capacidade de crítica para ajudar melhor os clientes em situação cirúrgicas, e que são desprovidos de quaisquer direito trabalhistas. Nesta perspectiva, os enfermeiros necessitam conhecer e compreender as formas de auxiliar seus clientes que passam por um momento único a fim de vivenciarem de maneira menos traumática sua experiência cirúrgica. Enfatiza-se a importância da equipe multiprofissional neste processo em que o cliente apresenta diversos tipos de necessidades como: cuidados físicos, atenção psicológica e assistência social.

Com relação aos cuidados de enfermagem atenta-se para a importância de acolher, de orientar e de assistir este sujeito durante todo o processo da vivência cirúrgica até o momento da alta. Com base nos resultados deste estudo, pode-se reforçar a necessidade de o enfermeiro investir nas orientações perioperatórias, relevando o indivíduo como um todo, isto é, em suas dimensões biopsicossocial e espiritual.

Conclui-se, que o enfermeiro deve ser ativo e estar atento para além das questões fisiológicas, auxiliando, orientando e dando um suporte emocional para o cliente, ajudando-o a enfrentar as questões sociofinanceiras e psicofísica, minimizando as inquietações do trabalhador sem vínculo previdenciário, diminuindo, consequentemente, o tempo de internação e as

possíveis complicações cirúrgicas advindas deste processo. Sobretudo, deve trabalhar de forma interdisciplinar, a fim de aumentar as possibilidades de auxílio à clientela, pois cada profissional da saúde, ao unir conhecimentos e ações, tem mais possibilidades de ajudar as pessoas assistidas e em situação de precarização.

WORKERS WITHOUT SOCIAL SECURITY AND SURGICAL EXPERIENCE: A CONTRIBUTION FROM NURSING

ABSTRACT

Undergoing surgery has great repercussions in patients' lives, particularly if they are experiencing hardships from work instability and worsening conditions. Thus, the objective of the present study was to identify the effects on workers without social security needing to undergo elective surgery, and analyze the conveniences and difficulties those workers experience during the perioperative period. The study took a qualitative and descriptive approach, conducted in surgical wards from a University Hospital in Rio de Janeiro. Subjects were 10 clients under the "without social security" condition. The instrument was a semi-structured interview and the data were treated by means of content analysis. Thus, the method chosen met fifteen (15) Registration Units (RUs), which were grouped into 2 (two) categories: "The meaning of surgical experience and its impact" and "The uncertainties of surgical experience and coping". It was found that surgical experience has psychological and socio-financial repercussions, causing difficulties such as removal from work activities, resulting in financial loss. It was felt that the situation is complex and requires conduct comprising guidance and referral to other professionals.

Keywords: Perioperative Nursing. Occupational Health. Social Security. Psychosocial Effects of Illness.

EXPERIENCIA QUIRÚRGICA: UNA CONTRIBUCIÓN DE LA ENFERMERÍA

RESUMEN

La vivencia quirúrgica genera grandes repercusiones en la vida del cliente, aun más si éste pasa por dificultades de inestabilidad y precarización laboral. Así siendo, el presente estudio tuvo como objetivos identificar las repercusiones de la necesidad de someterse a la cirugía electiva en trabajadores sin la tarjeta de la seguridad social y analizar las facilidades y las dificultades que estos trabajadores viven durante el período perioperatorio. El estudio tuvo un abordaje cualitativo y descriptivo, realizado en enfermerías quirúrgicas de un hospital público de Rio de Janeiro. Los sujetos fueron 10 clientes en la condición de "sin tarjeta de la seguridad social". El instrumento fue la entrevista semiestructurada y las informaciones recolectadas fueron tratadas por el método de análisis de contenido. Así, con el método elegido se encontraron 15 (quince) Unidades de Registro (UR) que fueron agrupadas en dos categorías: "El significado de la experiencia quirúrgica y sus repercusiones" y "Las incertidumbres de la vivencia quirúrgica y modos de enfrentamiento". Se verificó que la experiencia quirúrgica tiene repercusiones psicológicas y sociofinancieras, generando dificultades como el alejamiento de las actividades laborales, o sea un perjuicio financiero. Se consideró que la situación es compleja y demanda una conducta que involucra desde la orientación hasta el encaminamiento a otros profesionales.

Palabras clave: Enfermería Perioperatoria. Salud Laboral. Seguridad Social. Efectos Psicosociales de la Enfermedad.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Previdência Social. Proteção para o trabalhador e sua família. Brasília(DF); 2009 [acesso 16 mai 2009]. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br>>
2. Brasil. Presidência da República. Lei Orgânica Nº 8212, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre a organização da seguridade social, institui plano de custeio, e dá outras providências. [acesso em 16 maio 2009]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8212/cons.htm>
3. Cano W. América Latina: notas sobre a crise atual. Rev Econom Sociedade [on line] 2009; 3(37):603-21. [acesso

- em 12 nov 2011]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ecos/v18n3/v18n3a08.pdf>.
4. Abramides MBC, Cabral MDSR. Regime de acumulação flexível e Saúde do Trabalhador. São Paulo em Perspectiva. 2003; 17(1):3-10.
5. Laudaes JB. As relações de trabalho numa sociedade capitalista. Rev Tecnologia Sociedade [online]. 2006; (2):99-107. [acesso em 16 abr 2009]. Disponível em: <http://revistas.utfpr.edu.br/ct/tecnologiasociedade/index.php/000/article/view/30/30>
6. Cattani AD. Dicionário Crítico sobre Trabalho e Tecnologia. 4a. ed. Petrópolis(RJ): Vozes, 2002.
7. Hoefel MGL. Reflexões sobre as novas Políticas Sociais no Brasil e a Saúde do Trabalhador. 3ª Conferência

- Nacional de Saúde do Trabalhador - 3ª CNST. 1a. ed. Brasília(DF): Editora MS; 2005.
8. Gomez CM, Thedim-Costa SMF. Precarização do trabalho e desproteção social. *Cienc Saude Coletiva*. [online] 1999; 4(2). [acesso em 29 abr 2009]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7123.pdf>>.
9. Alves G. Trabalho e reestruturação produtiva no Brasil neoliberal – precarização do trabalho e redundância salarial. *Rev Katál Florianópolis [on line]* 2009; 12 (2): 188-97. [acesso em 13 mai 2010]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v12n2/08.pdf>>
10. Souza NVDO, Silva MF, Nunes KSM, Assumpção LR, Morgado FM, Amorim LKA. Visibilidade do projeto de extensão para promoção da assistência perioperatória: ponto de vista multidisciplinar. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008; 12(2):329-33.
11. Brunner LS, Suddarth DS. *Enfermagem médico-cirúrgica. Tratamento de Enfermagem pré-operatório*. 10ª .ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
12. Bardin, L. *Análise de conteúdo*. 3ª .ed. Lisboa: Edições 70, 2000.
13. Matos FGOA, Piccoli M, Schneider JF. Reflexões sobre aspectos emocionais do paciente cirúrgico. *Cienc Cuid Saude*. 2004; 3 (1):93-8.
14. Schneider JF, Piccoli M, Durman S, Dias TA. Saúde Mental, o Paciente Cirúrgico e sua Família. *Rev Saúde Debate*. 2004; 28(68):233-42.
15. Souza NVO, Silva MF, Marquês GS, Rodrigues FR, Cruz EJER. Avaliando as orientações de enfermagem no período perioperatório segundo perspectivas do cliente cirúrgico. *Rev Online Braz Journ Nursing*. 2006; 5(1): 01-10. [acesso 23 jan 2007]. Disponível em: <http://www.uff.br/nepaeobj_nurse.htm>
16. Souza NVO, Maurício VC, Marques LG, Mello CV, Leite GFP. Determinantes para suspensões cirúrgicas em um hospital universitário. *Rev Min Enferm*. 2010; 14(1): 82-7. [acesso em 14 out 2011]. Disponível em: http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c331459321a2.pdf
17. Ramos M, Tittoni J, Nardi HC. A experiência de afastamento funcional por adoecimento relacionado ao trabalho vivenciada como ruptura nos modos de viver. *Cad Psic Social Trabalho (USP) [online]*. 2008; 11(2): 209-21. [acesso em 09 dez 2009]. Disponível em: <<http://www.pepsic.bvpspsi.org.br/pdf/cpst/v11n2/a06v11n2.pdf>>
18. Brasil. Presidência da República. Lei Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [acesso em 07 dez 2009]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>.
19. Marco MA. Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial: Um Projeto de Educação Permanente. *Rev Bras Educação Médica [online]* 2006; 3(1): 60-7. [acesso 08 dez 2009]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v30n1/v30n1a10.pdf>>
20. Batista MA. Presença do sagrado em um momento crítico: internação em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Enfermagem [online]* 2004; 57(5). [acesso 05 dez 2009]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a13v57n5.pdf>>

Endereço para correspondência: Luanna Klaren De Azevedo Amorim. Rua Barão de Mesquita, nº 747, apto 706, Tijuca. CEP: 20540-002. Rio de Janeiro – Rio de Janeiro.

Data de recebimento: 30/09/2011

Data de aprovação: 16/07/2012